

TRAITÉ

DE

PATHOLOGIE ET DE THÉRAPEUTIQUE

GÉNÉRALES

MONTPELLIER, TYPOGRAPHIE DE BOEHM ET FILS.

TRAITÉ

DE

PATHOLOGIE

ET DE

THÉRAPEUTIQUE GÉNÉRALES

PAR

F. A. JAUMES

PROFESSEUR DE PATHOLOGIE ET DE THÉRAPEUTIQUE GÉNÉRALES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER.

OUVRAGE PUBLIÉ PAR SON FILS

et précédé d'une Notice biographique

Par M. le Professeur FONSSAGRIVES.

Non tam bene cum rebus humanis geritur ut meliora pluribus placeant.
(SÉNÈQUE.)

PARIS

VICTOR MASSON ET FILS

PLACE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE

M DCCC LXIX

NOTICE BIOGRAPHIQUE

Le 13 février 1868, s'éteignait à Montpellier une des personnalités les plus accentuées et les plus considérables de l'École de médecine, et la grandeur sereine et résignée d'une belle mort couronnait une existence tout entière consacrée au travail.

Il y a des vies si bien remplies qu'elles appartiennent à l'exemple, et c'est une espèce d'office public que de les reconstituer pour les offrir à l'estime et à la considération générales. Cette obligation devient encore plus étroite, peut-être, quand il s'agit d'un homme qui, retiré par ses mœurs et par ses goûts, mais mis en évidence par sa position et par ses écrits, a pris sa part dans le mouvement des idées de son époque. Jaumes appartient dès à présent au public médical, auquel il a légué sa pensée dans l'ouvrage posthume que la piété de son fils met au jour ; et comme l'homme ne peut être complètement séparé de l'œuvre, et que le premier n'est guère connu en dehors du cercle étroit où sa modestie le confina, j'ai cru servir les intérêts de sa mémoire aussi bien que ceux de la sympathique curiosité de ses lecteurs, en plaçant, suivant le vœu de sa famille, en tête de ce livre, cette Notice, dans laquelle l'émotion de l'ami ne demandera aucun sacrifice au jugement du biographe. La simplicité et la vérité dans l'éloge sont dus aux hommes qui ont été simples et vrais ; c'est en quelque sorte honorer encore plus leur mémoire, que la louer par les qualités mêmes qui les ont distingués.

On peut se montrer homme de caractère en des façons très-diverses : de caractère moral, quand on fait pivoter toute sa vie

autour d'un principe élevé ; de caractère politique quand on oppose à la variabilité des événements l'invariabilité d'une règle de conduite ferme et désintéressée ; de caractère littéraire, quand on dédaigne la vaine popularité et le succès, pour s'attacher à la poursuite de ce qu'on croit être le beau; de caractère scientifique quand, arrivé lentement et par les bonnes voies de l'esprit à une conviction nette, on ne s'inquiète pas si elle rencontrera des sympathies ou des oppositions ; on voit la vérité, on y tend, et le reste importe peu. Jaumes a été un de ceux-là, et sa vie intellectuelle s'est inspirée d'un dévouement absolu et sans conditions à une idée. Le culte qu'il lui a gardé ne s'est jamais démenti ; culte convaincu et aimable à la fois, dans lequel il a apporté la bienveillante tolérance de sa nature et le charme d'une philosophie qui se passionnait sans doute à l'occasion, mais qui se montrait toujours aussi amoureuse de la justice que de la vérité.

J'ai connu Jaumes bien tard, trop tard sans doute pour des relations qui m'ont laissé le souvenir de leur charme et le regret de leur brièveté ; mais la limpide uniformité de sa vie était telle, qu'elle se reflétait tout entière dans une année, dans un mois, que dis-je? dans un jour ; on l'eût aimé encore plus à vivre plus longtemps avec lui, on ne l'aurait pas mieux connu. Il ne s'agit pas d'ailleurs ici de cette biographie de la vie intime qui se fait de détails et de dates; je n'en veux traduire que l'impression, et elle se résume pour lui en deux mots : au dedans dévouement, au dehors estime. L'encre, à mon avis, gâte ces choses intérieures en y touchant ; c'est un poème joyeux ou triste, accidenté ou uniforme, qui ne doit pas se chanter sur les places publiques ; il appartient au cercle étroit de la famille et des amis, et il ne doit pas en sortir. Il est des hommes, et chaque siècle en voit surgir deux ou trois, qui sont le patrimoine de l'humanité et qui lui doivent strictement les détails de leur vie, comme l'héritage de leurs idées ; les hommes de bien et de talent ayant moins de mission, s'appartiennent davantage ; leur pensée plus impersonnelle se présente seule pour la conquête des esprits : l'amitié et la famille retiennent le reste, qui n'est pas le moins bon. Je n'ai donc à parler que de la vie intel-

lectuelle de Jaumes, et je me contente de dire que le dévouement qui en a été le mobile se traduisait au même degré dans sa vie de famille ; belle harmonie qu'on ne retrouve pas toujours, mais qu'il faut saluer avec respect quand on la rencontre, car elle seule fait l'homme complet et le talent véritablement digne d'admiration.

Jaumes a eu la passion de la médecine, la passion de l'École, la passion du travail, la passion de l'enseignement. Ces quatre flammes ont illuminé toute sa vie d'une lumière tantôt sereine, tantôt agitée, toujours ardente.

Il aimait la médecine; il ne voyait rien au-dessus; il estimait presque, et avec un enthousiasme auquel on se laissait entraîner, que c'était la vraie science, le grand art, *μαχρὴ τέχνη*, et il lui eût volontiers donné le premier rang. Et cela se conçoit: sa pensée éminemment philosophique en avait placé les horizons si loin, qu'il pouvait s'enorgueillir du domaine dont ses études l'avaient rendu le maître. Il le parcourait avec une fierté de bon aloi qu'il ne cherchait pas à dissimuler, faisant aux amis avec lesquels il conversait familièrement les honneurs de toutes ces grandes choses qui devenaient presque siennes par l'enthousiasme qu'il montrait pour elles. Un long et fructueux commerce avec la médecine ancienne lui avait appris d'ailleurs à connaître les titres d'origine et de noblesse de la science qu'il cultivait; il avait vu la médecine synthétisant toute connaissance au berceau des sociétés, faisant de celui qui la cultivait un être presque égal aux dieux, *ἰσοθέος*, comme on disait alors, se confondant avec le sacerdoce, s'imposant à la vénération respectueuse des peuples par l'autorité de ses bienfaits; s'alliant à la philosophie, la conduisant ou la suivant, mais ne s'en séparant jamais, et cet orgueil (le seul qui pût entrer dans son âme simple) se reflétait dans la vive expression de sa pensée, quand elle abordait ce thème favori. Que de fois nous promenant ensemble sur cette belle terrasse du Peyrou, d'où l'œil, embrassant aussi de grands horizons, excite en quelque sorte la pensée à le suivre, ne l'ai-je pas entendu parler, avec un enthousiasme qui m'entraînait, de ces grandes destinées de la médecine! Que de fois aussi, je dois l'avouer, n'ai-je pas mis sur cette pente de son esprit et comme amorce, un mot qui manquait

rarement son but et le ramenait vers ces grandes pensées ! J'étais à la fois aussi sûr de réussir que sûr de profiter.

On n'aime bien la médecine que quand on aime l'homme qui en est l'objet, et Jaumes puisait à cette source vive; mais il l'aimait, lui aussi, d'un amour plein de considération, et dans lequel la fierté ne cherchait pas à se cacher. Il aimait à regarder l'homme, comme la médecine, par leurs grands côtés, et il avait pour les deux la même considération respectueuse. Il savait bien que l'homme « cet ouvrage de grand dessein », pour parler le mot de Bossuet, relié à la chaîne des autres êtres par des harmonies organiques que le suprême Artiste ne pouvait interrompre, a son origine et ses destinées à lui, et il sentait merveilleusement le divin dont son animalité terrestre est imprégnée. Cellule si l'on veut, mais cellule aimante, cellule pensante à la façon du roseau de Pascal, cellule qui a le germe (et qui l'a seule) d'une transfiguration radieuse. Jaumes s'indignait de voir la science poursuivre quelquefois l'homme pour l'amoindrir. «Prenez, disait-il, prenez ce qui est à vous, mais ne touchez pas au reste ! » On y touche aux quatre coins du monde, et gardien pour sa part de ces grandes choses, il les défendait de son mieux. Mais dans ces discussions, il se montrait ce qu'il faut qu'on soit toujours : aussi tolérant pour les personnes qu'intolérant pour les idées ; la vraie marque d'un esprit indépendant, et qui ne subit le joug ni de ses passions ni des passions des autres.

Jaumes ne pouvait aimer la médecine sans aimer le travail, et c'était là une autre passion pour lui ; passion noble s'il en fut, et qui se fait pardonner ses excès par son désintéressement. Peu d'hommes ont autant travaillé et avec autant de suite ; la vieillesse n'avait pu tempérer cette ardeur, et il vivait avec ses livres, entretenant avec eux ce commerce de nuit et de jour que conseille Horace; aussi son érudition était-elle sérieuse autant que variée, et se reflétait-elle dans ses conversations bien plus encore que dans ses livres, qui, conservant à son insu les formes et le langage de l'enseignement, se piquaient sous ce rapport d'une sobriété qui était chez lui bien moins une nécessité qu'un système. La mort a surpris

Jaumes travaillant encore, et a laissé inachevé, au moins dans la forme, ce livre auquel il avait donné tant de labeurs et tant de prédilections. D'ailleurs, sa vie s'était partagée entre ce travail volontaire, calme, méditatif, qui emporte les heures charmées et pleines à la fois, ce travail qui peut remplacer toutes choses et que rien ne remplace, et cet autre travail agité, tumultueux, guerroyant, d'où l'on sort blessé quelquefois, toujours fatigué, et qui s'affirme et se mesure dans les luttes des concours. La nature ardente de Jaumes, le sentiment profond, quoique modeste, de sa valeur, et puis aussi l'ardent désir d'enseigner, l'ont fait descendre de bonne heure dans cette arène dont il a connu autant que qui que ce soit les sueurs et la poussière, et où il a réussi de vive force après trente et un ans d'efforts. Entre le concours qui faisait de lui un lauréat de la Faculté à 15 ans, les examens qui le conduisaient au doctorat à 19 ans, et le concours qui l'appelait à la chaire de pathologie générale à 46 ans, se placent une série d'épreuves publiques dans lesquelles Jaumes a montré en même temps l'extrême souplesse de son esprit s'adaptant à des sujets si divers, et la ténacité d'un homme qui sent son talent et ne désespère ni de lui ni de sa fortune. Concours pour l'École pratique, pour l'agrégation, les chaires de médecine légale, de pathologie externe, et par deux fois celle de clinique interne, telles ont été les étapes de cette carrière, laborieuse entre toutes. Jaumes avait pris dans ces luttes des concours qui accusent et entretiennent la vie des Écoles (quand donc nous les rendra-t-on ?) une singulière habitude de la parole et de la dialectique, et il avait puisé dans le travail nécessité pour chacun d'eux une variété de connaissances indispensables pour qui veut aborder avec succès cette chaire de pathologie générale dans laquelle il vint s'asseoir en 1850 et qui était bien véritablement la sienne, celle qui convenait à son genre de talent et à ses aptitudes. La fortune, en lui faisant payer cher son succès et en le retardant, avait intelligemment pris les intérêts d'une École à l'histoire de laquelle le nom de Jaumes doit désormais rester attaché. Je l'ai souvent entendu me raconter les péripéties laborieuses de cette vie perpétuelle entre deux concours, et je n'ai jamais entendu un mot d'amertume ou de récrimination sortir de

sa bouche. Il ne se plaignait de rien ni de personne, et se réjouissait au contraire, avec cette douce philosophie qui faisait le fond de sa nature, que le sort, plus intelligent de ses intérêts que lui-même, l'eût réservé pour l'enseignement de la pathologie générale.

D'ailleurs ce lot lui avait été fait par l'École, et il avait pour elle cette tendresse filiale qui s'est bien désapprise de nos jours et qui lui aurait fait considérer l'expression d'un regret comme un reproche irrespectueux. Cet amour a été le trait dominant de sa vie, et il l'a suivi jusqu'à son dernier moment. Celui qui écrit ces lignes a été le confident de sa dernière pensée sur ce point; deux heures avant sa mort, il lui parlait encore de sa chère École, des vœux qu'il faisait pour qu'elle fût prospère et heureuse, pour qu'elle continuât les souvenirs de son passé glorieux, et sût allier dans une bonne et féconde proportion les droits de la tradition avec ceux du progrès. Et cela se conçoit, toute sa vie et toute son histoire étaient là. Né presque en face de l'hôpital Saint-Éloi et à deux pas de l'École, il ne l'avait laissée que deux ans pour aller se fortifier dans la science parisienne; depuis quarante-cinq ans il vivait dans son atmosphère, s'identifiant à ses intérêts, et il n'est aucun de ses collègues qui ne se rappelle avec quelle assiduité et quel intérêt il s'occupait de tout ce qui touchait à la dignité et à la considération de l'École, apportant à toutes ses assemblées l'autorité d'une parole judicieuse, souvent émue. L'École survivait pour lui à la mobilité d'un personnel que la mort ou l'âge renouvelaient sous ses yeux, et les nouveaux venus bénéficiaient de ce sentiment bienveillant qui, au-delà de la personne, voyait la corporation. D'ailleurs, dans cette École de pierres, il y avait pour lui une École de doctrines. Spiritualiste en psychologie et vitaliste en physiologie, il reflétait fidèlement ces deux traits fondamentaux de la médecine de Montpellier, tout en restant lui-même et répudiant avec une légitime indépendance le joug d'une formule doctrinale toute faite. Tolérant pour les opinions des autres, il gardait obstinément les siennes; sa doctrine lui appartenait, si elle s'inspirait de ces deux grands principes qu'il reconnaissait comme les deux colonnes de l'École

de Montpellier, et en dehors desquels il concédait aux autres les libertés d'allures qu'il revendiquait pour lui-même. Il a regretté l'École, elle doit le regretter; elle ne trouvera pas souvent un défenseur aussi ardent et aussi convaincu des doctrines qui font sa gloire et son originalité.

Mais entre toutes ces passions il y en avait une qui n'occupait pas la moindre place dans sa vie: c'est celle de l'enseignement. Jaumes était né professeur, et sa vocation était telle sous ce rapport qu'elle s'accusait partout, dans sa chaire comme dans les conversations, dans ses relations du monde comme dans ses livres. Cette sorte d'emphase que l'esprit et la bienveillance faisaient si bien oublier, ce geste surabondant, ces inflexions expressives, tout cela était de l'enseignement qui se trompait de lieu, mais dont on aimait l'illusion si pleine d'ardeur. D'ailleurs, sa parole sortait aussi de la chaire, et il est incontestable qu'elle revêtait là une ampleur, un éclat et une force de pénétration singulièrement rares. Je n'oublierai pas l'impression que me fit éprouver la première leçon que je lui entendis faire. Il expliquait devant les élèves je ne sais quel sujet abstrait de pathologie générale; il semblait qu'il y eût là peu de place pour l'émotion, mais il savait en mettre partout; sa voix parcourant une gamme d'inflexions heurtées mais vibrantes; la mimique exagérée mais si expressive de sa physionomie; son geste saccadé et abondant; le feu de son regard; la vivacité familière de ses comparaisons; le tour original de sa pensée: tout cela était de l'éloquence ou y touchait de près. Il y avait évidemment, du professeur à l'auditoire, un de ces courants qu'un enseignement ordinaire ne crée pas. Un sentiment de convenance m'avait conduit dans cet amphithéâtre, un vif attrait m'y rappela, et les leçons que j'entendis ensuite n'affaiblirent pas cette première impression. Jaumes avait la flamme qui fait les professeurs, et il était là tout entier avec les qualités de son esprit, bien plus que dans ses livres, dont les lignes ne donnent que l'idée décolorée de ce talent si plein de verve et de chaleur. Il y a, d'une leçon parlée faite par Jaumes, au manuscrit de cette leçon, une différence que peuvent seuls mesurer ceux qui l'ont entendue. L'idée est toujours là avec sa dialectique

pressante ; mais la forme vive, le tour rapide, l'entrain, la *furia* en un mot, ont disparu. Quelque affaiblie qu'elle soit cependant par l'absence de l'âme oratoire, cette pensée a une valeur doctrinale considérable, et si elle n'est que le squelette de son enseignement, il importait qu'elle fût conservée, et la pathologie générale aura toujours à compter avec elle. Il est regrettable que ces leçons n'aient pas été recueillies au fur et à mesure ; elles auraient eu plus de vie que ce manuscrit important, mais inachevé, que les soins pieux de son fils livrent au public médical, sans y avoir rien changé même dans la forme. Ceux qui ont entendu professer Jaumes animeront ces pages ; ceux qui ne l'ont pas entendu y trouveront les qualités d'un esprit singulièrement rompu à la dialectique, se mouvant dans les abstractions comme dans une atmosphère qui lui était naturelle ; et n'ayant pu admirer le professeur, ils prendront au moins une grande considération pour le penseur éminent.

La mort de Jaumes a laissé dans les rangs de l'École, et on peut le dire dans la médecine tout entière, un vide regrettable. Il a creusé, en effet, avec autant de courage que de talent le sillon métaphysique dans lequel il avait volontairement, et par une élection de goût, renfermé son activité. Il faut de ces hommes, s'il en faut peu, et ce n'est pas un petit rôle que de maintenir le goût des idées générales et de rappeler que si, dans les choses de la médecine, les faits méritent la plus large place, ils demandent à être fécondés par ces vues d'ensemble qui sont une des conditions du progrès, comme elles sont l'un des besoins les plus irrésistibles de l'esprit. Jaumes a été un généralisateur ; il ne faut pas lui demander autre chose. Il est aussi légitime d'exiger d'un homme qu'il fasse bien ce qu'il entreprend, qu'illégitime de lui reprocher de ne pas avoir entrepris autre chose. L'esprit fait son programme, cela le regarde seul ; comment le remplit-il ? cela regarde la critique ; elle ne peut avoir d'autre rôle que celui-là.

Jaumes était une nature bonne et bienveillante et qui, chose méritoire, conservait ces deux qualités en dépit d'un esprit très-vif, très-fin, sensible aux nuances, et enclin à dépenser sa verve.

L'aigreur n'approchait pas de son âme, qui, habituée à vivre dans une atmosphère sereine et élevée, s'y transportait volontiers pour échapper aux tiraillements et aux ennuis ; son ballon captif ne descendait qu'avec une certaine répugnance, et tendait toujours en haut ; et de là cette sérénité, cette distinction d'un esprit qui vit en bonne compagnie et qui y prend d'excellentes manières. C'était, à proprement parler, la caractéristique de Jaumes ; on ne causait pas avec lui, on philosophait, et, bon gré mal gré, il vous enlevait aux petites choses irritantes pour les grandes choses, qui ne sont ni d'hier ni d'aujourd'hui, ni de celui-ci ni de celui-là, mais de tous les temps et de tous les hommes, et qui ont en elles une singulière puissance d'apaisement. Sa mort a été une sorte de conversation sereine avec lui-même. Je lisais il y a quelques jours un passage de son livre qui m'émut beaucoup (pag. 563), et je voudrais que le lecteur s'y arrêtât aussi. Il est relatif à la mort et à l'appareil dont elle s'entoure dans les différentes maladies : « Que fait l'âme aux approches de la mort! Son énergie virtuelle n'est pas le moins du monde atteinte ; mais la détérioration de ses organes altère, dévie ou empêche la manifestation de son activité. C'est pourquoi, très-souvent, la connaissance est perdue avant la mort. D'autres fois, chez les sujets dont la volonté s'est conservée assez forte, l'âme supplée par son énergie à la faiblesse de ses instruments, et donne des marques incontestables de sa présence. Parfois l'apaisement de la maladie, laquelle, comme la vie, cède aux approches de la mort, dégage le cerveau, qui reprend la plénitude de ses fonctions. Cela a été observé à la suite de certains délires, de certaines aliénations mentales. Une exaltation de l'intelligence est même alors possible, ainsi que le prouvent quelques observations où l'on a noté un déploiement magnifique de la mémoire, de l'imagination, du jugement, chez des sujets qui n'avaient jamais rien présenté de remarquable en ce genre.

» Souffre-t-on au moment de la mort ? Si l'on considère la décadence de la sensibilité, le sentiment de la douleur, en supposant qu'il existe, doit être vague, et par conséquent peu poignant. Dans les cas où la conscienc persiste dans son intégrité, la préoccupa-

tion, l'exaltation du moment suprême amortissent notablement, selon toutes les probabilités, la souffrance venant du corps. La peur de mourir donne, j'en conviens, des angoisses à plusieurs ; mais la peur elle-même exige une certaine conservation des forces, et, les forces déclinant, la peur s'en va avec elles ou ne reste plus que sous forme d'un souvenir lointain, indécis, et alors elle a perdu la plus grande partie de son pouvoir malfaisant. L'instant précis de la mort doit être le même partout et toujours ; il ne me paraît pas que sa perception nette soit possible.

»En somme, celui qui oppose aux affres de la mort une conscience pure, une foi complète en une autre vie plus heureuse, et la volonté arrêtée de faire dignement ce qui doit la lui mériter, subit cette dernière épreuve avec plus de courage et de résignation tranquille qu'on ne le croit généralement. »

Il est facile de faire à distance ce beau programme de philosophie religieuse comme de composer sur une table d'or un traité de la pauvreté ; mais il est plus difficile d'envisager la mort face à face avec cette sérénité calme qui est l'un des plus grands spectacles de l'ordre moral auquel il soit donné d'assister. Ce que Jaumes avait écrit, il l'a tenu mot pour mot, et sa mort a été un modèle de placidité religieuse et de soumission confiante. « *Amice te moriturus salutat* », disait-il le sourire sur les lèvres, à l'un de nous et presque au moment d'expirer. C'est qu'il pouvait opposer réellement à la mort « une conscience pure, une foi complète en une autre vie plus heureuse ». Il avait l'une et l'autre, et elles se sont reflétées dans sa mort.

J'ai encouragé son fils à publier ce livre, qui reste, dans la forme comme dans le fond doctrinal, tel qu'il est sorti de la plume de l'auteur. Il aurait pu, sans doute, suppléer à ce que le temps n'a pas permis à son père de faire lui-même ; mais il est toujours difficile, souvent même dangereux de toucher, ne fût-ce que dans les détails, à une œuvre d'un caractère aussi doctrinal et d'un cachet aussi essentiellement personnel, et M. Alphonse Jaumes a reculé respectueusement devant cette tâche. Le lecteur cherchera dans cet ouvrage des idées bien plus que des phrases, et il en

trouvera. Si, comme je le crois, le signe d'un bon livre est de faire penser, celui-là porte bien réellement cette marque de bonne origine. Ma participation dans cet ouvrage s'est simplement bornée à écrire les quelques lignes qu'on vient de lire. J'aurais fait plus, si j'avais eu l'espoir que le succès pût y gagner quelque chose ; il est de justice que le lecteur ne s'y méprenne pas : je n'ai voulu que rendre un hommage convaincu au talent et au caractère d'un homme dont l'amitié m'a été douce et dont le souvenir me restera précieux.

FONSSAGRIVES.

Travaux du Professeur JAUMES.

Quelques idées sur l'hydropisie en général, 1823. — *Observation d'un cas de rhumatisme articulaire aigu promptement guéri par l'opium*; Éphémérides médicales de Montpellier, tom. VIII, 1828. — *Est-ne in homine vivo vis conservatrix necnon medicatrix? Quænam sunt, tum in sano, tum in morboso statu, observationes quæ ad hujus-ce problematis solutionem ducunt? Quinam canones medico-practici ex eâ deducendi?* Thèse de concours pour l'agrégation, 1828. — *Des caractères propres à faire distinguer les lésions faites pendant la vie, de celles qui peuvent avoir été produites après la mort.* Thèse de concours pour la chaire de médecine légale, 1835.—*De l'influence que l'application du stéthoscope a exercée sur le diagnostic et le traitement des maladies des poumons et du cœur.* Thèse de concours pour l'agrégation, 1835. — Articles BAIN, CALMANTS, CROTON TIGLIUM, etc.; in *Dictionnaire des études médicales*, 1838-39. — *De l'influence de la physiologie expérimentale sur la connaissance et le traitement des maladies chirurgicales.* Thèse de concours pour la chaire de pathologie externe, 1840. — *Des phénomènes magnétiques, de leurs causes et des services que leur étude peut rendre à la médecine*; in *Journal de la Société de médec. prat.*, 1840, tom. I, pag. 106, 212. — *Réflexions à propos de l'ordonnance sur l'agrégation en date du 10 avril 1841.* Ibid., tom. I, pag. 238. — *Du procédé proposé par le Dr Collin pour la réduction des luxations de la cuisse.* Ibid., tom. III, pag. 38. — *De la révulsion et de la dérivation*, à l'occasion de l'ouvrage de M. Dubois (d'Amiens); *Observations et expériences sur l'hyperémie capillaire.* Ibid., tom. III, pag. 375. — *Observations pour servir à l'histoire de l'affection intermittente.* Ibid., tom. IV, pag. 23. — *Sur l'emploi médical de l'huile de foie de morue.* Ibid., tom. IV, pag. 126. — *Fluxion hémorrhagique salutaire observée chez un sujet d'un âge très-avancé.* Ibid., tom. V, pag. 363. — *Des propriétés antipériodiques de l'opium.* Ibid., tom. VI, pag. 88. — *De l'opium administré pendant les accès de fièvre intermittente, et de l'utilité qu'on peut en retirer pour le traitement des intermittentes pernicieuses.* Ibid., tom. IX, pag. 52. — *Sur le valérianate de zinc.* Ibid., tom. X, pag. 64. — *Sur le traitement arabique.* Ibid., tom. X, pag. 125. — *Études thérapeutiques*

sur la suppression et sur la guérison des maladies. Ibid., tom. XI, pag. 188, et tom. XIII, pag. 300. — *Sur les lésions locales*, 1847. — *Essai de pharmacologie thérapeutique générale*, tom. I, 1847. — *Traité de pharmacologie spéciale*, *ou histoire médicale des espèces médicamenteuses*, tom. I, 1847. — *Les maladies éruptives sont-elles des affections essentielles? Quelles sont les principales maladies dont elles sont la cause, la complication ou la crise? Quelles modifications peuvent-elles recevoir de ces maladies ou leur imprimer au point de vue du traitement?* Thèse de concours pour la chaire de clinique interne, 1848. — *Des maladies réputées incurables; des causes qui peuvent établir leur incurabilité; de la conduite du médecin dans le traitement de ces maladies*. Thèse de concours pour la chaire de clinique interne, 1848. — *De l'influence des doctrines philosophiques de Descartes et de Bacon sur les progrès de la médecine*. Thèse de concours pour la chaire de pathologie générale, 1850. — *Des astringents*; in *Revue thérapeutique du Midi*, 1852, pag. 129, 203. — *Rapports de la médecine avec la société*. Ibid., 1852, pag. 476, 508, 535. — *Des injections iodées dans le traitement de l'hydropisie ascite*. Ibid., 1853, pag. 165. — *De la vérité médicale et de sa certitude*. Ibid., 1853, pag. 253, 281, 314. — *Notice sur le professeur Caizergues*. — *Étude sur la distinction des forces*; in *Mémoires de l'Académie des sciences et lettres de Montpellier*, 1854. — *De la vie hygide et de la vie pathologique considérées dans leurs ressemblances*; in *Revue thérapeutique du Midi*, 1855, pag. 280, 307, 340. — *De l'autorité en médecine*. Ibid., 1856, pag. 229, 257. — *Quelques considérations pratiques sur les effets du sulfate de quinine*. Ibid., tom. VI, pag. 5, 47. — *F. Bérard et son opposition à Barthez*; in *Montpellier médical*, 1858, pag. 1, 110, 323. — *État présent de l'opinion à l'égard de l'animisme*. Ibid., 1858, pag. 397. — *Réponse à des objections nouvelles faites au double dynamisme de Montpellier* (*De l'unité de l'âme et du principe vital*, par M. F. Bouillier). Ibid., 1858, pag. 505. — *Caractères et utilité de la pathologie générale*. Ibid., 1859, pag. 393. — *Introduction à la philosophie médicale*. Ibid., 1860, pag. 1. — *Essai sur la doctrine des éléments pathologiques*. Ibid., 1860, pag. 193, 289, 481. — *Introduction à l'étiologie morbide*. Ibid., 1861, tom. VI, pag. 489, et tom. VII, pag. 1. — *Qu'est-ce que la maladie?* Ibid., 1862, pag. 97. — *De l'état morbide*. Ibid., 1863, pag. 97. — *De la subaction et de la réaction morbides*. Ibid., 1863, pag. 193. — *De l'affection et des maladies affectives*. Ibid., 1863, pag. 289, 385. — *Documents pour servir à l'histoire du quinquina considéré comme fébrifuge*. Ibid., 1863, tom. XI, pag. 1.— *De la diathèse et des affections diathésiques*. Ibid., 1864, pag. 497; 1865, pag. 1. —*De la contagion et de l'infection*. Ibid., 1865, tom. XV, pag. 525.—*De la tolérance au point de vue thérapeutique*. Ibid., 1868, pag. 1.— *De la fluxion et de la contre-fluxion*; in *Gazette hebdomadaire*, 1867. — Un grand nombre d'articles (polémique, comptes-rendus de journaux, analyses bibliographiques, etc.) publiés dans les *Éphémérides médicales de Montpellier* (1826 à 1828), le *Journal de la Société de médecine pratique de Montpellier* (1840 à 1847), la *Revue thérapeutique du Midi* (1850 à 1859), le *Montpellier médical* (1858 à 1868).

PRÉFACE

Ce livre représente le résumé du Cours professé par mon père pendant les dix-sept années durant lesquelles il a occupé la Chaire de Pathologie et de Thérapeutique générales. Les différents problèmes dont la solution y est poursuivie ont été, à diverses reprises, exposés devant les auditeurs de ce Cours.

Ce n'est pas seulement à son enseignement professoral que mon père confiait le soin de démontrer et de vulgariser ses doctrines : il était rare qu'un examen, une thèse, ne lui fournissent pas l'occasion de discuter quelque point controversé de Pathologie générale, et de dérouler devant le candidat et les assistants ses vues particulières sur le sujet en litige. En outre, plusieurs questions importantes que le lecteur rencontrera dans les pages qui vont suivre, avaient déjà été l'objet de travaux publiés par mon père à diverses époques, soit de son propre mouvement, soit à l'occasion des trop nombreux concours qui ont précédé son arrivée à l'agrégation et au professorat.

Il est du reste peu de sujets sur lesquels il ait arrêté son attention, aussi bien à propos d'analyses bibliographiques qu'à propos d'articles publiés dans les Journaux, sans y imprimer le cachet qui caractérisait son Enseignement.

Je me crois également autorisé à avancer que bon nombre d'interprétations concernant certains points de doctrine, et qui, dans ces derniers temps, ont été accueillies avec plus ou moins de faveur à Montpellier ou ailleurs, doivent, en toute justice, lui être rapportées. Quelques auteurs, tout en gardant le silence sur leur origine, n'ont pas hésité à en

assumer la responsabilité. Leur adhésion n'en constitue pas moins un hommage précieux.

Au moment où il m'a été enlevé, mon père s'occupait de la rédaction définitive de cet ouvrage. La plupart des chapitres avaient reçu la dernière main , d'autres attendaient une nouvelle révision ; peut-être certains passages eussent-ils subi quelques modifications dans la forme, s'il lui eût été permis d'en diriger lui-même l'impression. Je me suis efforcé de faire disparaître les négligences de style provenant de la rapidité de la rédaction ; mais j'ai tenu, avant tout, à respecter la pensée, et il m'a paru que je ne devais pas, pour satisfaire à des exigences d'un intérêt en somme secondaire, m'exposer à altérer le sens d'une phrase, à compromettre le développement original d'une proposition.

Mon père avait le projet de scinder cet ouvrage en deux parties principales: la première, ou *Pathologie générale*, eût embrassé les sujets que j'ai fait entrer dans les livres I et II, c'est-à-dire l'Analyse de la maladie, l'Histoire de la maladie et l'Étiologie. La seconde, sous le nom de *Thérapeutique générale*, aurait compris le Diagnostic, le Pronostic, les Indications, etc., et enfin, la Thérapeutique proprement dite. Telle est, du reste, la division qu'il a constamment suivie dans son Enseignement, et qui lui était inspirée par l'importance du rôle que le Diagnostic, le Pronostic, les Indications, etc., jouent dans le problème thérapeutique. Il m'a paru que si je devais tenir compte, dans son ensemble, d'une appréciation dont je suis le premier à reconnaître la justesse et la valeur, et me conformer, dans le classement des sujets, à l'ordre indiqué par le manuscrit, il convenait pourtant de supprimer un titre susceptible d'introduire quelque confusion dans l'esprit du lecteur peu disposé, par suite des usages reçus, à le rencontrer à cette place. Je n'en devais pas moins cet avertissement, autant pour faire connaître la pensée de mon père que pour justifier, aux yeux du lecteur, la présence des quelques phrases qui (pag. 783) servent d'entrée en matière au livre III.

Enfin, comme l'origine des notes n'est pas précisée et comme la rédaction de certaines pourrait me les faire attribuer, je dois déclarer qu'il n'en est rien ; je n'ai cru devoir en ajouter qu'une seule à celles que mentionnait le manuscrit, elle figure au bas de la page 11.

Les doctrines qui ont présidé à la conception de cet ouvrage ne possèdent pas actuellement les préférences de la majorité. Les tendances sont nettement accusées dans un autre sens, et le plus grand nombre des esprits, quel que soit leur rang dans la hiérarchie professionnelle ou universitaire, sont enrôlés sous le drapeau d'une philosophie radicalement opposée à celle que mon père a professée toute sa vie. Il ne se faisait aucune illusion à cet égard. L'épigraphe qu'il avait placée en tête de ce livre, les pages dont il l'avait fait précéder, à titre d'introduction, prouvent hautement que ce n'étaient ni la faveur ni la popularité qu'il attendait de son travail. Cette perspective, loin de diminuer son zèle, lui paraissait un motif de plus de redoubler ses efforts. Mon père ne méconnaissait pas davantage les périls auxquels peut conduire l'abus de la généralisation. J'ai trouvé parmi, ses papiers, un article inachevé sur les *dangers* de la pathologie générale mal comprise. Il savait très-bien, et cette conviction perce à chaque page de ce livre, que la raison s'égare quand elle perd de vue les faits et l'observation. Tel a toujours été son point de départ, qu'il n'a jamais dissimulé, dès les débuts de sa carrière et au mépris de ses intérêts. Que l'on approuve ou que l'on rejette sa manière d'entendre la pathologie générale, on ne saurait lui refuser, dans tous les cas, le mérite d'en avoir constamment dirigé l'étude du côté de l'application pratique. C'est vers ce but que doivent converger tous les détails afférents à notre science; quelle que soit leur origine, il est un terrain commun sur lequel ils se rencontrent nécessairement : leur rendez-vous à tous est le lit du malade.

La discussion des problèmes que comporte la pathologie générale, ainsi comprise, a-t-elle une véritable utilité ? Le lecteur impartial n'aura pas de peine à mesurer la valeur des motifs qui assurent un rang important à cette branche de l'Enseignement médical, et qui commandent impérieusement d'en respecter l'autonomie. La pathologie générale puise avec une égale sollicitude à toutes les sources d'information que le médecin trouve autour de lui. Elle bénéficie de toutes les conquêtes que le laboratoire, la clinique, l'amphithéâtre, mettent à sa disposition, en même temps qu'elle représente un moyen de reculer les limites de l'art et de la science. C'est ainsi que mon père en avait apprécié la

mission ; c'est sur ces principes qu'il faisait reposer un enseignement qui, je puis le dire, n'a pas été sans jeter quelque éclat.

Mais constamment aussi, mon père a lutté contre ceux qui voudraient voir la raison abdiquer au profit des seules révélations fournies par les sens; contre ceux qui répudient systématiquement les traditions cliniques du passé, au profit des interprétations parfois aventureuses du présent; contre ceux enfin dont la philosophie étroitement exclusive ne conçoit en pathologie que des désordres matériels, et rejette dédaigneusement hors du cadre nosologique les lésions dont le scalpel et le microscope n'ont pu encore expliquer l'origine et le mécanisme.

Je lis les phrases suivantes sur un feuillet détaché, qui représente, je suppose, l'ébauche d'un fragment de la préface de ce livre :

« Je pars de ce principe axiomatique, antérieur à toute expérience, qu'un phénomène quelconque est le produit d'une cause; que l'idéal de la science est la connaissance complète de cette cause.

»S'il en est ainsi, une science est d'autant plus avancée qu'elle est mieux renseignée sur la cause des phénomènes dont elle s'occupe.

»Un instinct irrésistible nous porte à rechercher la raison des choses. L'expérience prouve que nous ne satisfaisons pas, en nous y livrant, une curiosité inutile. Ce que nous sommes parvenus à savoir au sujet des causes nous sert à expliquer les phénomènes, à en diriger la production, d'où résulte le perfectionnement de la théorie et de la pratique. Cette vérité est connue depuis longtemps ; Celse l'a exprimée de la façon suivante : Ceux qui ont scruté quelque partie de la nature des choses ne sont pas pour cela médecins, mais à cause de cela ils deviennent meilleurs médecins.

»De tout temps la pratique médicale a été instituée selon l'idée qu'on se faisait de la cause des phénomènes vitaux et a réfléchi cette idée. En paroles, on est aisément empirique; mais, au moment de l'action, une croyance instinctive et cachée se révèle en nous pour diriger notre main, même à notre insu. Il y a peu de médecins, se croyant sceptiques sur les causes de la vie, qui soient conséquents jusqu'au bout. Si on y regardait de près, on verrait qu'un sceptique n'est en réalité qu'un médecin qui, en présence des divers systèmes successivement imaginés, manque de lumières ou de résolution pour en choisir un, et qui alors, tant le

besoin d'affirmation demande satisfaction, au lieu de les rejeter, les adopte tous, ou du moins quelques-uns, pour se servir de l'un ou de l'autre, selon la disposition de son esprit, selon le moment. N'est-on pas autorisé à dire que le sceptique croit plus qu'il ne faut, loin de ne croire à rien ? Il n'est pas indépendant, puisque, bien au contraire, il obéit à plusieurs maîtres. En médecine, comme en religion, incrédulité et crédulité sont souvent synonymes. »

Telle est la pensée qui eût été probablement développée, et à propos de laquelle mon père eût déterminé les principes de la doctrine adoptée par lui et indiqué brièvement les motifs qui, à ses yeux, en assuraient la supériorité. Le lecteur reconnaîtra facilement que cette doctrine repose sur le Vitalisme, c'est-à-dire, sur la croyance à une cause première d'où relèvent les phénomènes de la vie, cause distincte dans sa nature de son *substratum* matériel.

Suis-je parvenu, dans ces quelques lignes, à donner une idée de l'œuvre que je présente, au nom de mon père, au public médical ? Je n'en ai nullement la prétention. C'est pourtant avec confiance que je la livre au jugement de mes confrères. Elle choquera sans doute des préférences, elle heurtera des convictions ; mais le lecteur le moins clairvoyant y découvrira sans peine, à chaque pas, la trace d'un homme qui a consacré exclusivement son existence à la poursuite désintéressée de la vérité.

Qu'il me soit permis d'offrir, en terminant, à M. le professeur Fonssagrives, l'hommage de ma profonde reconnaissance. Ses conseils et son bienveillant appui m'ont soutenu dans la tâche filiale que j'avais à remplir, et m'ont mis à même de réaliser le dernier vœu de mon père. M. Fonssagrives s'est souvenu des adieux si touchants que mon père lui adressait quelques instants à peine avant de rendre le dernier soupir. De mon côté, qu'il en soit certain, je n'oublierai ni la nature, ni l'étendue de la dette que j'ai contractée envers lui.

Alphonse JAUMES.

TABLE DES MATIÈRES

DEUXIÈME SECTION. — HISTOIRE DE LA MALADIE.

LIVRE II. — L'ÉTIOLOGIE.

SECTION PREMIÈRE. — DE LA CAUSE.

DEUXIÈME SECTION. — CONDITIONS INTERNES QUI FAVORISENT L'ACTION DE LA CAUSE.

TROISIÈME SECTION. — MATIÈRE DE L'ÉTIOLOGIE.

LIVRE III. — LE DIAGNOSTIC ET LE PRONOSTIC.

LIVRE IV. — La thérapeutique.

SECTION PREMIÈRE. — Les indications.

DEUXIÈME SECTION. — LES MÉTHODES THÉRAPEUTIQUES.

TROISIÈME SECTION. — LE PROBLÈME THÉRAPEUTIQUE.

QUATRIÈME SECTION. — LES AGENTS THÉRAPEUTIQUES.

FIN DE LA TABLE DES MATIÈRES.

TRAITÉ

DE

PATHOLOGIE ET DE THÉRAPEUTIQUE

GÉNÉRALES

NOTIONS PRÉLIMINAIRES.

CARACTÈRES ET UTILITÉ DE LA PATHOLOGIE GÉNÉRALE. — SYNTHÈSE HIPPOCRATIQUE. — APPRÉCIATION DES SYSTÈMES.

I.

Les sciences composant la médecine travaillent pour une fin commune, comme les organes d'un même corps. Toutefois chacune prise à part a sa sphère d'action, ses moyens et son but propres; par là elle se détermine et constitue un enseignement distinct. On sépare sans peine du faisceau médical l'anatomie, la physiologie hygide, l'hygiène, la pathologie; mais pourquoi une pathologie générale? quelle est sa mission; comment prouve-t-elle son droit à une existence séparée? La pathologie générale mal comprise par les commençants est malaisément démêlée d'avec sa voisine, la pathologie spéciale. Il convient avant tout de la caractériser, de la faire accepter.

La pathologie traite des maladies.

L'objet de la pathologie spéciale est la connaissance des espèces morbides. Ses moyens sont les observations recueillies au lit du malade. En fusionnant les faits les plus semblables, elle forme ces individualités distinctes connues sous le nom de variole, fièvre d'accès, cancer, syphilis, etc., en donne l'histoire, et sa tâche est remplie.

Cela n'épuise pas l'enseignement pathologique. Les espèces étant déterminées et connues, on se demande ce qui les caractérise toutes en tant que faits extra-hygides de même ordre. On

cherche les lois les plus générales qui président à la formation, à l'évolution morbides. On veut savoir ce que sont les qualités communes à plusieurs espèces d'ailleurs diverses, qualités qui ont motivé les divisions répondant aux mots : acuité, chronicité, réaction, affection, diathèse, spécificité, etc.

La pathologie envisagée de cet autre point de vue n'est pas la pathologie des espèces, qu'elle suppose préalablement étudiée. Basée sur la comparaison des espèces, son but est plus général.

La possibilité de cette comparaison implique l'existence de similitudes telles qu'on en observe dans les faits d'une même catégorie. Ces similitudes se retrouvent partout en pathologie. Prenons un exemple :

La fracture, le phlegmon, considérés isolément, paraissent fort éloignés l'un de l'autre. La pathologie générale y découvre pourtant de nombreux points de ressemblance et les rapproche. Il y a en effet dans le phlegmon, dans la fracture, des traits communs qui justifient leur nom de maladie et les distinguent des faits hygides. On voit des deux côtés : sensibilité anormale, fluxions, sécrétions nouvelles, altération des tissus, des fonctions, tendances bien ou mal réalisées vers le retour à l'état primitif. Chacune des deux lésions peut provoquer une réaction dans les parties voisines, dans l'ensemble du système, avoir ainsi des conséquences légères, ou graves. Elle peut être simple, compliquée; marcher régulièrement, irrégulièrement, etc., etc. Voilà, sans aller plus loin, assez de traits communs pour que, en réservant les différences, il soit permis de faire du phlegmon et de la fracture un même sujet d'étude.

Pour des raisons semblables, il en est ainsi de toutes les maladies. Tenons donc pour certain que, quelque diverses qu'elles soient, les espèces pathologiques se rattachent à un fonds commun et sont réductibles à quelques actions élémentaires; alors le cercle pathologique se resserre notablement et l'on reconnaît qu'un chiffre restreint de modalités associées de plusieurs manières rend compte de la multiplicité des maladies. La possibilité, l'utilité de simplifier ainsi, est la raison d'être de la pathologie générale et en fait connaître la fonction. Toutes les sciences présentent le même caractère.

La physiologie générale indique les attributs constants de la vie, et ceux qui distinguent les groupes principaux des êtres organisés.

L'anatomie générale décrit les parties essentielles de tout agrégat vivant, et celles qui existent exclusivement dans certains organes.

Quand le physicien traite de la pesanteur, du mouvement, abstraction faite de tel poids, de tel mouvement; quand le chimiste considère les traits communs de l'affinité, ils font de la physique, de la chimie générales.

Tels sont aussi, dans un autre ordre d'idées, les philosophes qui cherchent le beau, le juste, le bon abstraits, d'après les notions tirées des cas particuliers où l'on remarque les qualités de beauté, de justice, de bonté.

Toute généralisation est un progrès, et nous devons accorder un grand prix aux principes qui permettent d'embrasser d'un seul regard une longue catégorie d'objets. Alors seulement on peut formuler les dogmes scientifiques.

Donc, par-delà les *maladies espèces*, il y a la *maladie* qui les résume. J'en conviens, la maladie ainsi considérée n'existe nulle part dans les réalités concrètes. C'est une idée pure, dont la démonstration didactique n'est comprise que par les esprits familiarisés avec la logique inductive. Pour ces esprits, les idées générales sont plus que vraies, elles sont nécessaires. Le demi-savant qui les nie subit leur empire, y conforme sa conduite, et par ses actes témoigne en leur faveur de la façon la plus éclatante.

L'espèce morbide décrite dans les cours, dans les livres, est, elle aussi, un type idéal qui ne se réalise pas en clinique; toutefois on l'accepte avec confiance comme sujet d'étude. Pourquoi, quand il suffit de faire un pas de plus dans la même voie, refuserait-on d'admettre la notion de la maladie? N'est-elle pas, comme celle de l'espèce morbide, le produit d'une induction légitime, quand elle repose sur une base d'observation?

Et maintenant, qu'est-ce que la pathologie spéciale? C'est la science des espèces morbides, la science des problèmes particuliers à chaque espèce.

Qu'est-ce que la pathologie générale? C'est la science de la maladie, la science des problèmes communs aux espèces.

La pathologie générale commence là où la pathologie spéciale finit, celle-ci étant le point de départ de celle-là.

Selon Cabanis, la pathologie générale est la méthode générale servant à la connaissance des maladies. Une pareille méthode n'est

possible que tout autant qu'il existe des similitudes suffisantes dans les objets auxquels elle s'applique.

« La pathologie générale, dit M. Andral[1], a pour objet de rechercher et d'établir les principes qui doivent nous guider dans la détermination des causes des maladies, dans celle des phénomènes qui les révèlent, dans la connaissance de leur marche, de leur durée, de leurs terminaisons, de leur siége, de leur nature, enfin de leur traitement. » La partie importante de cette définition se trouve dans les premiers mots. M. Andral dit : « principes » ; Cabanis dit : « méthode » ; même pensée au fond, car il n'y a pas de méthode sans principes. L'énumération qui vient ensuite est un programme nécessairement incomplet.

On lit dans le rapport justificatif du rétablissement de la chaire de pathologie générale à Montpellier, rapport dont l'auteur est M. Guizot, alors ministre de l'Instruction publique, que cette chaire est destinée à donner l'enseignement philosophique des vérités de la pathologie. Cela est parfaitement exact. La philosophie d'une science n'est pas autre chose que l'étude des principes et des lois générales de cette science. Rechercher les traits communs, impersonnels de l'action morbide, c'est faire l'analogue de la psychologie, qui traite des facultés générales de l'âme. Une autre psychologie s'occupe des caractères, c'est-à-dire des qualités qui différencient les âmes entre elles. Ceux qui étudient ce second aspect de la psychologie font un travail comparable à celui de la pathologie spéciale. Si les psychologues de la première catégorie sont des philosophes, on comprend très-bien que les médecins voués à la pathologie générale font pareillement œuvre de philosophie. Ainsi sont motivées les expressions dont M. Guizot s'est servi.

En disant : science des problèmes communs aux espèces morbides, j'exprime la même idée en termes qui me paraissent plus explicites, plus facilement intelligibles ; au fond, c'est même chose.

J'ai donc confiance dans ma définition, bien qu'elle diffère de celle de plusieurs auteurs, M. Monneret entre autres. Je propose les réflexions suivantes à ceux qui seraient tentés de se ranger de son avis.

« La médecine, dit-il[2], en s'appuyant sur l'autorité d'Hippocrate,

[1] Andral ; *Cours de pathologie et de thérapeutique générales*, publié par M. Amédée Latour.

[2] Monneret ; *Traité de pathologie générale*. Paris, 1857, tom. I, pag. 10.

se compose de trois termes : la maladie, le malade, le médecin. Cette trilogie renferme toute la pathologie générale.»

Il s'agit de l'en faire sortir; pour cela, M. Monneret énumère plusieurs problèmes se rapportant à chacune des trois catégories. Pourquoi choisit-il ces problèmes? C'est que n'appartenant, ni à l'anatomie, ni à la physiologie, ni à l'hygiène, ni à la pathologie spéciale, il faut bien qu'ils se trouvent quelque part.

«Ceux, ajoute M. Monneret[1], qui refusent à la médecine le droit d'avoir une pathologie générale, devraient bien dire où et à quelle occasion le médecin doit traiter des différentes matières que nous venons d'énumérer; leur véritable place, nous le répétons, est dans la pathologie générale, et nulle part ailleurs.»

Or, parmi ces matières « qui viennent d'être énumérées», nous trouvons : « l'organisation et l'exercice de la médecine, les meilleures conditions de l'enseignement, oral et écrit, les devoirs, les droits du médecin, et tant d'autres sujets qui n'ont aucune place dans les livres de médecine et rentrent dans le domaine de la pathologie générale[2].»

Ce domaine est donc ouvert de tous côtés ; c'est un lieu de refuge où l'on reçoit tout ce qui, pathologique ou non pathologique, n'est pas réclamé ailleurs. On ne peut donner le nom de science à une pareille agglomération d'hétérogènes.

La pathologie générale, nous l'avons vu, n'est pas réduite à cette extrémité, elle sait ce qu'elle est, et s'affirme en traçant ses limites, en montrant ses moyens et son but.

Le livre de M. Chauffard se distingue parmi tous les autres de même genre. C'est un traité de métaphysique médicale sous le titre de : *Principes de pathologie générale*. Or la pathologie générale étant pour M. Chauffard «la science des lois nécessaires de la vie et de la maladie[3]», ce livre est en réalité une introduction à la biologie, où les problèmes pathologiques arrivent tard, en petit nombre, choisis pour justifier la doctrine plutôt qu'étudiés pour eux-mêmes. On sait du reste à quoi s'en tenir dès le commencement. « Ce travail, dit l'auteur dans sa préface[4], est voué aux vérités premières de la science;... qu'il aille donc aux médecins que le tourbillon des

[1] Monneret; *Traité de pathologie générale*, tom. I, pag. 11.
[2] Ibid., *loc. cit.*, tom. I. pag. 10.
[3] Chauffard; *Principes de pathologie générale*. Paris, 1862, pag. 50.
[4] Ibid., *loc. cit.*, pag. XIV et XV.

affaires n'emporte pas encore, et qui ne se dépensent pas tout entiers dans le monde des faits extérieurs :... ce sont là les lecteurs pour lesquels j'ai écrit.»

Comme mes autres prédécesseurs, j'ai une ambition moins haute ; je m'adresse aux praticiens, et ne sors pas de la pathologie. Ce livre reflétera ma pensée de prédilection sur les lois nécessaires de la vie ; mais il m'a semblé qu'en la développant et la défendant, je prendrais une place appartenant à mon sujet spécial, et je me suis abstenu. J'ai adopté d'autant plus volontiers ce parti que, dans mon opinion, on n'a pas absolument besoin de passer par l'ontologie pour devenir clinicien. Celui-ci peut utiliser la notion cause vitale, tout en ignorant ce que cette cause est en soi, si elle est une force spéciale ou une modalité d'une autre force. La doctrine d'après laquelle j'ai écrit est volontairement tronquée à son sommet métaphysique. A vrai dire, il y a dans mon livre une méthode et non une doctrine. La question des principes ontologiques une fois réservée, j'ai plus de chance de me faire accepter et d'être utile.

Du reste, mon idée directrice étant ancienne et longuement éprouvée par la discussion, il n'y avait nulle nécessité de l'exposer en détail. M. Chauffard placé dans une autre situation, puisqu'il n'appartient, dit-il, à aucune École, devait avant tout faire connaître sa doctrine personnelle, et la comparer aux autres pour en montrer l'excellence. Je ne puis ici apprécier cette doctrine. Qu'il me suffise de dire que, malgré ses protestations contre nous, l'auteur est à bon droit considéré par l'opinion comme un pathologiste issu de Montpellier. Ses dogmes cliniques nous sont pour la plupart évidemment empruntés, ce qui suggère un doute fort naturel au sujet de l'importance et de la fécondité de ses *principes* de pathologie générale. Il est singulier qu'une fois descendu des hauteurs de sa philosophie, M. Chauffard devienne un des nôtres. Il n'y a donc pas lieu de s'inquiéter beaucoup de son hostilité métaphysique. Pour moi, médecin, je n'attache de l'importance qu'aux principes placés assez près de l'art de guérir pour que leur influence sur ce dernier soit évidente.

Il faut des principes en pathologie ; qui pourrait en douter? Sans eux, on erre à l'aventure, on obéit à l'émotion du moment et non à la raison. Tout praticien consciencieux a nécessairement des principes, et par conséquent une pathologie générale à son usage; c'est pourquoi, nier absolument cette science est un acte

irréfléchi ; car on croit certainement à celle que l'on a. La multiplicité des principes qu'on propose, prouve seulement qu'il faut bien examiner avant de choisir. Quelles conditions doit remplir la vraie pathologie générale ? Ce sont, selon moi, les suivantes :

La pathologie générale entretient des rapports harmoniques et naturels avec la pathologie spéciale, et, par ce moyen, avec la médecine entière ;

Elle est pour celle-ci un centre où tout converge et d'où part la lumière qui en éclaire les parties diverses;

Elle contient virtuellement toutes les vérités thérapeutiques consacrées par l'expérience ;

Elle apprécie la valeur des apports faits par les sciences composantes ou auxiliaires ;

Elle domine, juge les systèmes, et en montre les conséquences funestes, tout en admettant la part du bien dû à ceux qui font mieux connaître un côté de la science insuffisamment exploré.

La pathologie générale, opérant sur les espèces morbides, a ses racines dans la pathologie spéciale, se nourrit de sa sève, en est la fleur et le fruit. Il importe donc que la pathologie spéciale soit conçue dans un bon esprit. Si, par exemple, elle s'arrête aux phénomènes sensibles de la maladie, la pathologie générale qui en sortira ne sera qu'un résumé de descriptions, une collection de matériaux et non une vraie science. Celle-ci n'existe que lorsque, à l'aide de la notion *cause*, on a donné au fait morbide sa signification médicale. En pathologie, comme partout, se borner à constater la succession des phénomènes, c'est rendre impossible toute généralisation utile à la pratique.

La pathologie spéciale met à contribution la physique, la chimie, l'anatomie, la physiologie hygide, l'hygiène, la clinique. Tout cela est, en proportions voulues, représenté dans la pathologie générale, laquelle reconnaît ainsi ses rapports d'origine avec les autres enseignements médicaux.

Une fois constituée, la pathologie générale étant la synthèse de toute la pathologie, doit réagir sur chaque science contributive. C'est elle qui apprécie les choses qu'elle peut s'assimiler, en fait le triage, impose à l'intervention les limites convenables, et la dirige dans le sens approprié au perfectionnement de l'art.

La vraie fin de la pathologie générale est la connaissance de la maladie et, ne dédaignant rien, car tôt ou tard les vérités trou-

vent leur utilité, elle doit insister particulièrement sur les choses qui se traduisent actuellement en résultats pratiques. Médecins avant tout, nous demandons au fait nouveau en quoi et comment il peut profiter à la clinique, et notre estime se mesure d'après la valeur du service rendu. Ainsi considérées et utilisées, ces sciences tributaires justifient l'épithète de *médicales* qu'on leur a donnée.

La pathologie spéciale reçoit des secours de même genre et elle marche de la même manière dans la voie du progrès. Lorsque, par l'étude compréhensive et bien faite de certains faits morbides, on a pu établir une vérité générale, cette vérité devient un dogme sous lequel la pathologie spéciale doit se ranger. Dans les parties où elle est faite, la pathologie générale gouverne. Son droit est au plus haut degré légitime ; elle le tient de la science même sur laquelle il s'exerce. *Imperare parendo* est sa devise.

En étudiant sous un même regard et comparativement la multiplicité des maladies, on agrandit, on rectifie la connaissance que l'on a de chacune; en ramenant cette multiplicité à des unités homogènes, on découvre les lois de la pathologie entière.

La pathologie spéciale ne fournit pas, tant s'en faut, au praticien tout ce que celui-ci réclame. Elle est dans l'impossibilité de tout prévoir; les infinies variétés de chaque espèce rendent nécessairement ses descriptions incomplètes. Dans beaucoup de circonstances, le diagnostic de l'espèce défie le plus habile. Mais en dehors de ce diagnostic, il en est d'autres qui intéressent la clinique ; ce sont les diagnostics des qualités communes à plusieurs maladies : réaction, affection, diathèse, suraction, subaction, contagiosité, épidémicité, etc. L'étude de ces qualités, source d'indications fort importantes, appartient essentiellement à la pathologie générale.

La pathologie générale nous guide avec avantage, quand nous nous trouvons en présence d'une maladie inconnue. Que faire alors, sinon la comparer avec les espèces connues et lui appliquer les notions acquises sur la composition, sur la complication, sur l'analyse des maladies[1] ? Pour quiconque est suffisamment familiarisé avec la pathologie générale, aucun cas morbide n'est entièrement nouveau. Toute maladie porte des traits qu'elle par-

[1] Un bel exemple de la manière d'exécuter ce travail a été donné par les médecins de Montpellier, mis pour la première fois en présence de la fièvre jaune. (Voir le *Précis historique de la maladie qui a régné en Andalousie* en 1800, par M. Berthe.)

tage avec d'autres; à côté des indications tirées de ce qui la distingue, il y a celles que les ressemblances fournissent. Sydenham a été au-delà de la vérité et de sa propre pensée, lorsqu'il a dit qu'en présence de certaines maladies qu'il décrit, tout était nouveau pour lui, et qu'il était obligé de faire l'étude empirique des premiers cas. D'ailleurs, avec plus d'érudition, ce grand médecin se serait assuré que les maladies dont il parle avaient été longtemps avant lui décrites et traitées.

Ce qui précède suffit pour montrer la place importante que la pathologie générale doit tenir en médecine. Je signalerai pourtant les facilités qu'elle donne à l'élève. L'embarras est bien grand lorsque, à la suite d'une scolarité d'où la pathologie générale a été absente, on veut mettre en ordre les acquisitions faites. Quel labeur que celui de former un tout harmonique de tant de notions éparses et diverses ! Combien de médecins qui, forcés de se suffire, n'aboutissent qu'à une pathologie générale incomplète ou erronée ! Un cours approprié aurait préparé, facilité ce travail. Le service serait encore grand, si ce cours n'avait fait que donner l'intelligence et le goût des généralisations pathologiques.

Prouvons maintenant qu'on ne peut confondre la vraie pathologie générale avec ce que l'on appelle *systèmes*. Un système n'est qu'une ébauche de pathologie générale. Parmi les choses du même ordre, il ne prend qu'une seule ; parmi les dogmes, il en choisit certains, auxquels il accorde une valeur exagérée. C'est ainsi qu'ont fait ceux qui donnent une influence toujours prépondérante à la sensibilité, à la contractilité, à l'excitabilité, aux humeurs, aux solides, à l'appareil nerveux, etc. Ces théories ne reproduisent qu'en partie ce qu'il y a de réel et d'appréciable dans la maladie, parce qu'elles élaguent ou relèguent au second rang des vérités aussi générales, aussi importantes que celles dont elles ont fait choix. Ce sont donc autant de conceptions artificielles, et par conséquent de systèmes.

Un système considère la pathologie de profil, et il faut la regarder en face. Si, par exemple, avec les Écoles issues de Haller, on n'admet que sensibilité et contractilité, on ne tient pas un juste compte des faits si nombreux qui montrent le corps modifié dans sa matière organique, dans sa chimie vivante. N'est-il pas indispensable, pour avoir la formule abrégée de ces faits, d'accorder au corps une faculté plastique, sans quoi un des aspects principaux

de la vie reste dans l'ombre. La pathologie générale, qui tient compte de tout, signale ce qui manque aux systèmes et utilise les découvertes qu'ils ont faites dans la partie exclusivement étudiée par eux.

Par suite de l'étroitesse de son principe, le système est obligé d'en forcer les conséquences, d'anticiper, de recourir aux explications aventureuses. La pathologie générale, qui se donne tout le large possible, est moins exposée à commettre ces fautes. Profitant de toutes les vérités acquises, elle n'a pas besoin, comme le système, d'aller vite, d'escompter l'avenir pour se compléter. Possédant assez pour être patiente, elle avoue ses doutes, ses impossibilités, et se donne le temps de chercher le pourquoi de son ignorance et de savoir ainsi les conditions à remplir pour la faire cesser.

Plus on s'avance dans la pratique, mieux on voit les lacunes, les obscurités de la science, et moins on est porté à accorder confiance aux systématisations artificielles, dont toutes, sans exception, ont pour raison d'être le désir de faire la médecine plus intelligible ou plus facile. Un des caractères de la vraie pathologie générale est de présenter l'art tel qu'il est, avec ses incertitudes, ses impossibilités. La pathologie générale maintient le principe de la spontanéité, de la contingence des actes vitaux, et ne partage pas l'erreur si répandue de ceux qui présentent la médecine comme une science exacte, à la façon de l'astronomie, de la physique, de la chimie, où tout relève du calcul ordinaire. Les unités sur lesquelles nous opérons ne sont pas identiques; notre causalité est toute autre ; nos lois n'ont pas la nécessité qui marque celles de l'ordre inanimé ; cela nous impose une manière toute spéciale de calculer. Il serait très-commode, par exemple, de traiter les maladies d'après une moyenne arithmétique, sans se préoccuper d'autre chose. Malheureusement, rien ne peut dispenser de la recherche des indications, travail difficile, et qu'il faut recommencer pour chaque cas particulier.

La pathologie générale est le juge naturel de toute innovation proposée, de toute acquisition qui se rattache à l'ensemble de la clinique. Rien ne prévaut contre des dogmes expérimentalement vérifiés et prouvés. Avance-t-on un fait qui semble contradictoire, ce n'est pas une raison suffisante pour renverser ces dogmes. Ce fait conserve sa valeur intrinsèque, mais la contradic-

tion disparaîtra certainement lorsque les intermédiaires seront connus. L'opposition des faits bien constatés n'est qu'apparente, car tout est paix, harmonie, dans le monde des vérités.

De même aussi, l'on doit s'inspirer de la pathologie générale en critique bibliographique. S'agit-il de théorie, la question première à examiner est une question de méthode. Quels sont les principes de l'auteur ? Jusqu'à quel point sont-ils conformes aux intérêts de l'art de guérir et sont-ils acceptables ? A-t-on, dans l'application, dans les déductions, obéi aux lois de la logique médicale ? Supposons au contraire que c'est un faisceau de faits cliniques qu'il faut apprécier. On se demande si l'auteur a rempli toutes les conditions requises pour une bonne observation ; s'il a bien compris la nature des maladies qu'il décrit ; si, substituant son expérience toujours courte à l'expérience de tous, il n'a pas tiré des conclusions trop générales des quelques faits dont il a été le témoin. La connaissance de la pathologie générale est indispensable pour formuler de pareils jugements.

Comment se fait-il qu'une science si utile ait été décriée et soit encore contestée par plusieurs ? La réponse est aisée.

Il y a des gens qui, la confondant avec les systèmes, la rendent responsable des mêmes fautes, et s'en méfient.

La pathologie générale présente la médecine avec toutes ses difficultés, et a contre elle les paresseux et les intelligences médiocres. La pathologie générale, effort le plus avancé de la réflexion appliquée aux maladies, a des abords sévères. Elle exige l'aptitude à manier l'abstraction, aptitude dont beaucoup sont privés, soit nativement, soit par suite d'une éducation défectueuse.

Depuis le dernier siècle, on s'attache avant tout aux vérités de détail, aux différences qui séparent les choses. Naturellement les esprits exercés dans cette direction unique ont perdu l'habitude et le goût des études synthétiques. Un temps vint où la pathologie générale avait tellement baissé dans l'opinion, que la suppression de son enseignement parut une mesure toute simple. Rétablie officiellement dans les Facultés, elle ne l'est pas, il s'en faut, dans les esprits. La valeur des faits sur lesquels elle s'appuie n'est pas comprise ; on répudie ces faits, et la pathologie générale ne paraît qu'un produit de l'imagination [1].

[1] Ne dirait-on pas une protestation posthume contre l'idée de supprimer cette

La génération médicale qui, actuellement, donne le ton et prend la direction du travail, ne croit qu'à la réalité des choses susceptibles de tomber sous les sens. Ce qui n'est pas visible se trouve en dehors de l'observation positive. En conséquence, la force vitale et toutes les forces dont on a parlé, sont de vaines hypothèses, et de plus des hypothèses dangereuses, parce que placées entre notre esprit et les phénomènes, elles donnent à ceux-ci des couleurs mensongères et empêchent de les voir tels qu'ils sont. Mon livre, d'un bout à l'autre, proteste contre cette assertion. Une polémique à ce sujet prendrait trop de développement et ne rentrerait pas dans le plan que je me suis tracé. Je laisse à l'œuvre elle-même le soin de légitimer mes principes, faciles du reste à pressentir dès les premières pages. Je crois néanmoins devoir présenter les réflexions suivantes :

L'histoire nous montre les sciences demeurant à l'état d'ébauche, tant qu'on s'est trompé sur la cause active des phénomènes. Quand on a appris que cette recherche devait avoir l'observation pour point de départ, on est sorti des hypothèses, on est entré dans la conception de la vraie force. Les sciences ainsi placées dans leur voie ont progressé.

Qu'était la physique avant que Galilée, s'avisant de chercher expérimentalement les lois du mouvement, traçât d'après ces lois le premier signalement de sa cause ? Combien a été efficace l'impulsion donnée par Newton, qui, en suivant les mêmes errements, a déterminé cette force et l'a nommée ?

Quand la chimie s'est-elle révélée à elle-même et a-t-elle été en mesure d'exécuter ses brillants et utiles travaux ? N'est-ce pas depuis Lavoisier, depuis que la notion synthétique de l'affinité lui sert d'appui dans sa marche ?

L'anatomie générale, signalée par Galien, mise au monde par Bichat, n'a-t-elle pas été une idée féconde ? A partir de ce moment l'anatomie, par des transformations successives, n'a plus été seulement l'art d'inventorier les différentes parties du cadavre ; elle a pu devenir physiologique et constituer la science de la forme organique en action et vivante.

Pourquoi Hippocrate est-il appelé justement le Père de la médecine ? Parce que le premier il a tracé les traits essentiels de la

chaire, à Montpellier, idée qui a été récemment produite, et dont un vote à peu près unanime de la Faculté a empêché la réalisation.

cause des faits anthropologiques. A qui a-t-il été accordé de perfectionner les dogmes médicaux, d'en extraire tout le bénéfice pratique qu'ils contiennent? A ceux qui se sont attachés à épurer, à agrandir la donnée hippocratique. Hippocrate, auteur de la première bonne synthèse médicale, est par cela même le fondateur de la pathologie générale, qu'il a placée sur une base indestructible.

On a dit et on répète à chaque tentative de réforme, qu'à certains moments la médecine a subi une révolution radicale. Sa méthode serait comme un vêtement qui passe de mode, s'use, et qu'il faut remplacer. A ce compte, la pathologie générale, caduque, provisoire, se recommanderait mal auprès des esprits sérieux.

Tout témoigne contre une semblable proposition. Aucune réforme n'a fait table rase; aucun novateur n'a rompu avec tous les précédents. On a pu soutenir cela dans un paroxysme d'audace, mais c'est pure vanterie. Supprimez, si vous le pouvez, par la pensée tout ce qui vient d'Hippocrate, et la médecine actuelle disparaît dans le vide, y compris celle des novateurs les plus avancés. Chez nous comme ailleurs, les esprits forts ne nient que certaines parties, et pour les autres, ils restent dans le giron commun. La plupart des dissentiments qui nous séparent, examinés de près, sont plus souvent qu'on ne le croit affaire de pure forme.

Une médecine quelconque, je parle de celle des pays civilisés, renferme des choses qui ont l'assentiment unanime. Pour si peu qu'il y en ait, elles sont le commencement de la chaîne des vérités pathologiques générales. Quand on a un point de départ ainsi assuré, le reste n'exigeant que de la réflexion, de la logique, on peut espérer de se rencontrer.

Les faits de pathologie générale sur lesquels tout le monde est d'accord sont nombreux; je cite les suivants :

« Le corps malade peut guérir de lui-même. » Voilà une vérité qui s'impose. Certes on varie sur l'interprétation ; mais celui qui possède la vraie a l'espoir très-fondé de rallier les contradicteurs. L'obstacle vient de ce que la proposition inverse est également juste, et de ce que les conditions qui provoquent ces deux résultats contraires sont, par suite de la contingence des actions vitales, beaucoup plus difficiles à déterminer et à reconnaître qu'en physico-chimie. Toutefois, cet obstacle n'est pas insurmontable pour les intelligences d'élite, seules compétentes dans ce genre d'appréciation.

« La guérison est le retour au fonctionnement hygide ; l'incurabilité est la permanence obstinée ou la progression du fonctionnement pathologique.» Ce sont là deux grands faits dont il faut connaître les causes, les lois, le mécanisme. Sans doute l'accord n'est pas unanime sur ces points; mais puisqu'il n'y a qu'une seule manière de bien observer les phénomènes, qu'une seule logique pour les bien interpréter, les bons esprits doivent pouvoir s'entendre.

J'en dis autant des théories des maladies aiguës, chroniques, des maladies contagieuses, épidémiques, diathésiques, etc. Les données de ces problèmes étant les mêmes pour tous, il reste à trouver le mode unique d'interprétation qui conduit à la solution vraie. Où est ce mode unique? Chacun s'en croit le possesseur exclusif. De là, tant de solutions opposées. En présence d'un pareil spectacle, certains médecins doutent d'une science dans laquelle, et parmi les maîtres eux-mêmes, de tels écarts sont possibles.

Il est aisé de montrer l'injustice de cette mise en suspicion pour de semblables motifs. Les enseignements d'une science biologique quelconque sont loin d'être uniformes sur tous les points. Si les dissentiments de la pathologie générale sont plus remarqués, c'est qu'à mesure qu'on s'élève vers les principes, les différences s'accentuent de plus en plus et acquièrent, une fois formulées en dogmes, leur maximum de grossissement. Assurément quelqu'un se trompe ; mais tout le monde se trompe-t-il ? Quand même, par impossible, l'erreur serait partout, de ce qu'on aurait jusqu'à ce jour mal raisonné en pathologie générale, nul ne serait autorisé à soutenir qu'il est impossible d'y bien raisonner. Le point de départ et le but étant certains, nettement déterminés, on tient les deux bouts de la chaîne, on doit trouver tôt ou tard les anneaux intermédiaires. En supposant donc, ce qui n'est pas, que la pathologie générale n'existât que d'une façon rudimentaire, il faudrait avoir foi dans son avenir, et, loin de la dédaigner, s'obstiner après elle, tant ce travail promet des avantages pratiques, tant il est approuvé, sollicité par la raison.

II.

Grâce à Dieu, la pathologie générale n'est pas réduite à se chercher encore. Elle se connaît et s'affirme selon son droit, ainsi que je l'ai montré. Ses commencements lointains portent la date de la médecine scientifique elle-même, et lui donnent le prestige de l'antiquité, la consécration du temps. C'est en s'appuyant constamment sur la synthèse hippocratique, toujours vraie dans ses parties essentielles, que la pathologie générale se recommande et montre la solidité, la permanence de ses principes doctrinaux. Un mot sur ces principes et sur les déviations qu'ils ont subies.

L'homme, a dit Hippocrate, est composé de parties contenantes (solides), de parties contenues (fluides), et de causes de mouvement (forces). Ce programme, œuvre de génie et qui nous paraît tout simple, tant nous sommes familiarisés avec lui, contient la méthode entière. Tout ce qui s'est fait en physiologie hygide et pathologique éclaire l'une, l'autre, ou l'ensemble de ces trois choses. Leur connaissance complète est le but que nous nous proposons. En admettant des causes de mouvement distinctes de celles de la matière morte, Hippocrate a constitué le vitalisme. A ses yeux, cela est évident, il ne suffit pas d'étudier les solides, les liquides en eux-mêmes, il faut savoir de notre mieux la raison de leur activité spéciale. Ce que dit Hippocrate au sujet de l'unité vitale éclaircit, au besoin, sa pensée. Une unité comme celle qu'il proclame est incompatible avec la notion que nous avons de la matière, laquelle nous apparaît essentiellement composée.

Hippocrate a déterminé les causes du mouvement dans l'homme; elles sont au nombre de deux : l'une, qu'il appelle nature, est celle qui suffit aux animaux ; elle sait d'elle-même, et dès son premier commencement, tout ce qui lui est nécessaire, sans l'avoir jamais appris (*απαιδευτος η φύσις εουσα, και οὺ μαθοῦσα τὰ δέοντα ποῖει*). L'autre est l'âme. La nécessité théorique de cette séparation a été contestée ; mais quant à la nécessité pratique, elle est admise par tout le monde. Personne n'a la pensée de confondre la psychologie avec la physiologie.

Hippocrate veut que la vie soit étudiée séparément, et proscrit l'idée d'assujétir la physiologie à une autre science. Il recommande l'observation comme le seul point de départ possible. Hippocrate est le vrai créateur de la méthode expérimentale, dite moderne.

Platon et Aristote en ont parlé après lui et moins bien. Descartes, Bacon lui-même ne l'ont connue qu'en partie. Remarquez l'origine exclusivement grecque de la médecine-science. Dans les vieux documents de l'Inde, de l'Égypte, on trouve des idées artistiques, cosmogoniques, astronomiques, politiques, qu'il a suffi d'épurer, de perfectionner pour les rendre tout à fait vraies. Rien de ce genre en physiologie ne s'y rencontre. C'est l'honneur et l'originalité de la médecine grecque d'avoir tiré tous ses dogmes de son génie. Les civilisations précédentes n'ont pu lui fournir aucun secours. Dans les autres ordres de connaissances, il a suffi à la Grèce d'améliorer; en médecine, il lui a fallu tout créer.

Le programme hippocratique ne laisse rien à désirer en lui-même ; comment a-t-il été exécuté par son auteur ? La partie qui comprend les contenants et les contenus (anatomie) a été nécessairement très-incomplète, et la science des détails à peu près impossible. Force a été de s'attacher à l'étude du corps entier, agissant, fonctionnant comme un seul organe. Naturellement, la première question qui a été posée est celle de l'harmonie, de la fin, de l'unité des actions vitales. Les faits significatifs en ce sens étant recherchés et appréciés, le côté le plus important de la physiologie humaine a été dévoilé et mis en relief.

Pour ne parler que de la pathologie générale, l'auteur hippocratique en a signalé la raison d'être dans la phrase suivante: *Morborum omnium modus unus ; locus vero differentiam facit.* On peut en dire autant des actes de la santé, et comme la pathologie a ses racines dans la physiologie hygide, dont elle n'est que la déviation, il en résulte que les deux physiologies se continuent et forment une unité plus générale. Le fait de cette unité a suggéré à Hippocrate les problèmes suivants, à la solution desquels il s'est attaché d'une façon particulière :

Pourquoi et comment l'organisme se conserve-t-il en santé ? Pourquoi et comment la recouvre-t-il quand il l'a perdue ? Cette importance accordée à l'étude des bons instincts, des opérations bienfaisantes, amena comme conséquence thérapeutique, non pas l'expectation passive, mais l'art de maintenir l'activité vitale dans sa voie la plus naturelle, de l'y diriger, et au besoin de l'y ramener par contrainte. On a dit de l'œuvre hippocratique que c'était une longue méditation sur la mort. C'est l'inverse qui est le vrai. Effectivement, l'étude favorite d'Hippocrate a été celle des ressources

de la vie contre les causes de destruction. On ne peut nier qu'au commencement de la science médicale, rien n'était opportun comme une pareille recherche. Elle a été faite dans l'ensemble, la seule manière alors possible, avec une incontestable sagacité.

Hippocrate avait saisi le point de vue des différences: *locus vero differentiam facit*. Il l'a traité du mieux qu'il a pu. L'indigence anatomique de son temps ne lui permettait pas d'aller loin dans cette direction, et il a dû commettre les erreurs qui étaient inévitables.

Voici donc dans quelle situation Hippocrate a laissé la science: riche d'observations et de dogmes en ce qui concerne l'activité de l'ensemble ; pauvre en ce qui regarde les modifications du matériel des organes. En un mot, c'était un vitalisme solidement appuyé sur les faits culminants de la physiologie, mais servi par une anatomie très-incomplète. Les efforts obstinément faits pour surmonter les obstacles montrent combien on sentait l'importance de ce qu'on ignorait.

Suivre sans dévier la ligne hippocratique était difficile. Les successeurs du maître se divisèrent en deux camps : les uns, exagérant l'action conservatrice et médicatrice, aboutirent à l'optimisme naturiste ; l'anatomie attira les autres et fut pour eux la seule source des connaissances médicales. Cependant comme, malgré des découvertes précieuses, mais nécessairement rares, la vraie anatomie restait à l'état de grossière ébauche, il en résulta que les naturistes conservèrent l'avantage sur leurs adversaires.

Au XVI[e] siècle, la science de l'organisation, délivrée de toutes ses entraves, put se constituer. D'abord exclusivement hygide, elle ne tarda pas à se mettre au service de la pathologie. En présence des parties du corps altérées et devenues incapables de remplir convenablement leurs fonctions, on a abordé avec succès le côté laissé dans l'ombre involontairement par Hippocrate et son école. Il était tout simple qu'en premier lieu on demandât à l'anatomie pathologique les causes de la mort. Théophile Bonet résuma, dans son *Sepulchretum anatomicum*[1], les premières tentatives faites dans ce sens. Morgagni[2] alla plus loin et chercha dans l'anatomie

[1] Bonet; *Sepulchretum, sive Anatomia practica, in cadaveribus*, etc., 2 vol. in-fol. Genevæ, 1679.

[2] Morgagni; *De sedibus et causis morborum per Anatomen indagatis*, lib. V. 2 vol. in-fol. Venetiis, 1761.

des lumières pour l'explication des maladies. Cela ne suffit plus à l'ardeur des anatomistes modernes, qui trouvent dans l'organisation le mécanisme et même le secret de la vie. Tous ces travaux ont amplement servi pour le développement de la sentence: *locus vero differentiam facit.* De tout temps, ils ont été souhaités comme un complément nécessaire de la médecine hippocratique. C'est bien à tort que la science de l'agrégat et la science de la force active ont été considérées comme pouvant se séparer et marcher seules, chacune de son côté. Loin de s'opposer l'une à l'autre, ainsi que plusieurs semblent le croire, elles s'appellent, se secourent réciproquement et se confondent dans une union synthétique, selon la parole d'Hippocrate, qui voulait, avec son bon sens de génie, que la cause des actes vitaux fût étudiée dans ces mêmes actes, dans les organes (solides, liquides) dont elle fait ses instruments. Contester l'immense progrès accompli par la médecine depuis qu'elle est en possession de l'anatomie, serait fermer les yeux à l'évidence. Une pareille excentricité ne mérite pas qu'on s'y arrête.

III.

D'autres déviations moins choquantes ont pu, grâce aux circonstances, prendre les couleurs de la vérité et obtenir du crédit. Ce sont celles qu'on a appelées systèmes, et dont la succession à travers les âges constitue une partie de l'histoire de la médecine qui n'est pas à dédaigner.

Les systèmes, ces ébauches manquées de pathologie générale, ainsi que je l'ai dit, sont très-nombreux. Mais comme l'erreur, malgré l'abondance luxuriante de ses formes, se rattache à un très-petit nombre d'idées mères, je pourrai, en considérant surtout ces idées mères, faire connaître le principal en peu de mots.

Deux pensées directrices se sont toujours disputé la médecine: vitalisme, matérialisme. *Vitalisme,* qui sépare la vie de ce qui n'est pas elle, et admet pour la concevoir une force distincte de celle de la matière; *matérialisme,* affirmant que cette addition est inutile, attendu que, les faits de la vie étant foncièrement semblables aux autres, la force physico-chimique suffit. Cela fait deux doctrines, dont chacune se subdivise un grand nombre de fois d'après des considérations d'ordre secondaire. Beaucoup de médecins, sous prétexte d'éclectisme et sans se préoccuper des contradictions.

combinent ces idées mères en des proportions très-variables, et se font ainsi un système pour leur usage particulier. Le temps présent, favorable plus que jamais à l'autorité individuelle, donne de fréquents spectacles de ce genre. Je laisse naturellement de côté ces opinions mixtes, dont chacune n'obtient guère que le suffrage de son auteur.

Le vitalisme et le matérialisme ont eu chacun deux époques. D'abord l'imagination a fait les premiers frais d'établissement; on est parti d'une conception *à priori* avec laquelle on a voulu tout expliquer: c'est ce que j'appelle vitalisme, matérialisme mythologiques. Plus tard on a compris la nécessité de marcher sur le terrain solide de l'observation, et le fondement du système a été un fait vrai, auquel on a donné une importance excessive: alors le vitalisme et le matérialisme ont pris une couleur scientifique.

1° *Matérialisme mythologique.*— Le premier matérialisme médical s'est inspiré de la philosophie de Démocrite et d'Épicure. L'anatomie nécessaire n'existait pas, il fallait en inventer une. Asclépiade pensa que le corps était composé d'atomes de figure différente, ne se touchant pas et laissant entre eux des intervalles où circulent d'autres atomes encore plus petits. La santé était l'état où il y a proportion entre les espaces et la matière qui les parcourt. Le défaut de rapport amenant l'arrêt de la circulation, la stase, était la maladie. La doctrine du *strictum*, du *laxum*, du *mixtum*, professée par les anciens méthodistes, fut une variante de la même pensée. J'en dis autant du *pneuma*, du fluide nerveux, des esprits animaux, etc., imaginés depuis. Ces recours à une matière ainsi subtilisée étaient l'œuvre de matérialistes quand même, qui, pressés par leurs adversaires, inventaient comme dernière ressource une matière différente de celle que l'observation fait connaître.

2° *Matérialisme scientifique.* — Le matérialisme est entré dans cette voie lorsqu'il est parti de faits physico-chimiques expérimentalement démontrés, et dont bon nombre, personne ne le conteste, sont mêlés à ceux de la vie, car la matière organisée ne peut se soustraire complètement aux lois qui régissent toute matière. En exagérant la portée de ces faits, on a cru que le corps vivant devait être considéré comme une mécanique semblable à celles dont la physique s'occupe, mais plus complexe, plus perfectionnée. Vieille

pensée que Descartes et son école ont rajeunie et soutenue avec les secours de l'anatomie et de la physique de leur temps. La marche ascendante de ces deux sciences a permis à Magendie d'imprimer une impulsion nouvelle à la physiologie cartésienne. Ce mouvement s'est développé, de nos jours, en proportion des progrès de l'investigation anatomique.

A côté de ces matérialismes issus de la physique, un autre a toujours marché parallèlement : c'est celui qui accorde la prépondérance aux affinités moléculaires, et a été nommé chimique. Le matérialisme chimique a eu sa période mythologique lorsque le jeu de la vie était expliqué par des humeurs et des réactions fantastiques. Il est devenu scientifique à l'avènement de la chimie moderne. Beaucoup admettent les deux sciences pour une égale part dans l'édification de leurs principes physiologiques : c'est le matérialisme physico-chimique, le plus répandu parmi nous.

Le dogme aujourd'hui accepté de la transformation des forces du monde physique, est ardemment exploité en faveur de ce matérialisme. Pourquoi, dit-on, l'électricité pouvant devenir lumière, chaleur, etc., et réciproquement, ces forces ne pourraient-elles pas devenir vie ? Beaucoup de raisons tirées de l'expérience s'opposent à cette conclusion. J'ai toujours professé que la pluralité des forces physico-chimiques était réductible à l'unité, et ce fait, contrairement à la pensée actuelle, me paraît un des arguments les plus considérables en faveur de la nécessité de maintenir les forces vivantes dans un ordre à part[1].

3° *Vitalisme mythologique*. — Les exemples de vitalisme de pure invention sont loin d'êtres rares en médecine. Celui de Paracelse, sorti de la Kabale, et qui place le premier moteur de l'organisme vivant dans des influences sidérales, repose sur une base extra-scientifique. La hiérarchie des *archées*, imaginée par Van Helmont, et tout ce que cet auteur a écrit sur leur nature substantielle, doit être pareillement relégué parmi les hypothèses mythologiques.

Rien n'est dangereux comme un vitalisme fait *à priori*. Celui qui a formulé le sien en dehors de l'observation s'expose à ne jamais entrer dans le réel. Il voit mal ce qu'il regarde ; il n'aperçoit pas même les contradictions les plus accentuées, parce que son

[1] *Étude sur la distinction des forces*. Montpellier, 1854.

idée préconçue répand sur toutes choses la même fausse couleur. Habitué à trouver dans cette idée des ressources égales à chaque difficulté, à la considérer comme une espèce de talisman, il dédaigne le travail extérieur et s'en dispense volontiers.

C'était la tendance reprochée au moyen âge; il s'en faut de beaucoup que nos générations nouvelles en soient complètement débarrassées. Bien que tout le monde, aujourd'hui, proclame avec conviction la nécessité de l'observation, il n'est pas rare de rencontrer des savants de tout ordre, matérialistes ou vitalistes, qui n'ont des yeux que pour les faits favorables à leur cause, et refusent de voir les faits contraires. D'une part, la difficulté, l'impossibilité même de tout étudier convenablement dans une science vaste comme la médecine; de l'autre, l'entraînement qui nous porte à grossir la valeur de ce que nous savons le mieux, font aisément comprendre pourquoi il y a des systèmes, pourquoi certains sont vivaces, pourquoi ils se renouvellent incessamment sous des formes diverses. Toutefois il est vrai de dire que, pour qu'un système obtienne désormais quelque crédit, il faut qu'il se présente appuyé sur des observations démontrables; son erreur gît dans l'étroitesse de sa base, dans la manière dont on l'apprécie et on l'interprète. Les théories mythologiques, ne reposant sur rien qui soit expérimentalement prouvé, ont dû disparaître sans retour.

4° *Vitalisme scientifique.*—Le matérialisme scientifique ne peut être que physique, chimique, physico-chimique. Le chiffre de ses partisans est restreint, si l'on élague les praticiens qui sont matérialistes par tendance, et conviennent que le jour du triomphe complet de leur opinion favorite n'est pas encore arrivé.

Au contraire, celui des médecins qui, quelles que soient leur manière d'adhérer et leurs restrictions, invoquent une force vitale, est considérable. Par conséquent, tous les vitalistes sont loin de se ressembler. Je dois signaler les principales différences qui les séparent.

Et d'abord, il y a ceux pour qui la force vitale est un pis aller. A leurs yeux, cette force est une ressource inventée pour les besoins d'une époque où la physico-chimie du corps n'était pas connue. Actuellement, cette force n'est pour eux qu'une hypothèse à admettre provisoirement dans les cas où une étude insuffisante n'a pas permis encore de faire intervenir une interprétation physico-

chimique, la seule à laquelle ils croient en réalité. Et comme, disent-ils, ces cas vont sans cesse en diminuant devant le travail de tous les jours, il en résulte que le mot lui-même est destiné à disparaître. Les vitalistes de ce genre ne diffèrent pas essentiellement des matérialistes. Les vrais vitalistes sont ceux qui, convaincus de l'insuffisance de la physico-chimie, admettent délibérément une force spéciale qu'ils posent comme principe à l'entrée de la science. Il y a autant de systèmes vitalistes que de manières de concevoir cette force spéciale.

Les uns, s'appuyant sur le progrès anatomique moderne, et adoptant les errements de Bichat, affirment que la vie est le produit de l'action des molécules organisées, absolument comme le poids d'un corps dépend du poids de ses molécules composantes. Les propriétés inhérentes aux molécules, en physiologie comme ailleurs, sont, disent-ils, le fait premier, essentiel. La vie, étant un résultat, devient explicable. La science doit donc chercher la raison de la santé, de la maladie dans le jeu des parties, afin d'y trouver celle qui est le siége du mouvement initial dont les autres mouvements sont la conséquence.

On reconnaît là l'esprit et la méthode des physiciens et des chimistes. Toutefois les médecins dont je parle sont vitalistes incontestablement, car ils professent qu'avec les propriétés communes de la matière les actes de la vie ne seraient pas possibles. Il leur faut d'autres propriétés dont la matière morte est dépourvue, et qui ont été nommées *propriétés vitales*. Bichat et ses continuateurs directs pensaient que deux propriétés extra-physiques pouvaient suffire : la sensibilité, la contractilité.

Une anatomie plus avancée a forcé d'élargir le cercle. D'après les maîtres de la physiologie en vogue aujourd'hui, le corps vivant est composé de myriades de cellules, chacune ayant primordialement en elle non-seulement le pouvoir de sentir, de se mouvoir, mais encore aussi de sécréter, de se nourrir, d'engendrer. Ces cellules sont autant d'organismes microscopiques complets dont les actions totalisées font l'action des organes, et par les organes ceux de l'ensemble. On le voit, c'est toujours la pensée mère de Bichat : le premier rôle appartient à la matière agissant selon ses propriétés, et tout progrès à venir est dans l'étude de cette matière. Je fais remarquer que ces disciples de Bichat, ainsi transformés, sont au fond plus vitalistes que leurs aînés, puisque l'écart

entre la matière vivante, qu'ils admettent, et la matière morte est plus considérable qu'auparavant.

Ces deux catégories de physiologistes ne se préoccupent nullement de l'unité. Que doit être une individualité se conservant par elle seule et pour elle seule, à la fois cause et effet de ses actes? Des organes travaillant pour un but à ce point spécial impliquent quelque chose en dehors d'eux, qui donne à tant d'opérations diverses la direction, la durée, la proportion voulues. La poursuite des détails de l'organisation ne conduira jamais à la découverte d'une partie quelconque pouvant se donner à elle-même et donner aux autres parties la mesure, l'appropriation qui sont la première condition de la vie.

Jadis on était moins exposé à commettre la faute que je relève. Les anatomistes étaient trop pauvres pour s'arroger la suprématie en médecine. Un système arrangé d'après cette idée qu'il y a autant de principes de vie que de molécules, n'était guère possible à une époque où les faits d'ensemble étaient à peu près seuls connus; et même aujourd'hui, malgré la situation brillante de l'anatomie, la pensée de tant de dynamismes réalisant sans régulateur cette chose si bien réglée qu'on appelle la vie, est pour les esprits réfléchis aussi inacceptable que jamais. L'opinion la plus plausible, parce qu'elle s'accorde le mieux avec l'observation, est que chaque partie de l'individu vivant a sa raison d'être dans l'ensemble. Au lieu donc de placer l'action première dans la partie, il faut la placer dans le tout. En adoptant cette manière de voir, on admet, je le sais, un mystère; mais avec l'autre, non-seulement on n'échappe pas au mystère qui est au fond de toute chose, mais on prend le contre-pied de la raison. Dire que les partisans de la force vitale unitaire ne tiennent pas compte des faits anatomiques est une calomnie grossière. Soit qu'on accorde aux organes le premier rôle, soit qu'on les considère comme des moyens de manifestation, des instruments de la vie, leur étude et celle de leur mécanisme en action sont d'une importance manifeste.

Les doctrines vitalistes, reconnaissant un seul principe d'où les parties tirent leur activité, sont à ce point de vue dans le vrai. Elles n'ont qu'une vérité incomplète, lorsque la notion qu'elles se font de ce principe ne contient pas tous les faits constatés; et, par exemple, prétendre tout expliquer avec la sensibilité, avec l'excitabilité, etc., c'est se faire de la vie une idée trop étroite, parce

qu'on supprime les observations qui prouvent que le corps vivant est plus que sensible, excitable, etc. Le défaut de ces systèmes saute aux yeux.

J'adresse un reproche semblable aux naturistes excessifs, qui ne voient dans l'économie que des actes de conservation, sans tenir compte de ceux qui sont contraires.

L'animisme n'est pareillement qu'un système si, méconnaissant la différence entre les phénomènes psychiques et les phénomènes physiologiques, il se croit en mesure d'expliquer ceux-ci par ceux-là.

J'en dis autant de l'humorisme, de l'organicisme et de toutes les théories qui donnent à certains faits une valeur exagérée, aux dépens d'autres faits également vrais.

La notion mère du corps vivant doit contenir en substance tout ce que l'observation biologique fournit d'important. Je crois que la suivante remplit cette condition : Instinct aveugle, non susceptible de conscience, attaché à des organes appropriés et inconcevable sans eux, unitaire, doué de spontanéité et des pouvoirs nécessaires pour se conserver pendant un temps limité. Il faut accorder au corps vivant autant de facultés qu'il y a de modalités distinctes dans les actes exécutés par lui. En l'état, ces facultés doivent être admises au moins au nombre de trois : *sensibilité*, *motilité*, *plasticité*.

Organisme vivant, force vitale, sont des expressions synonymes, pourvu que le mot organisme implique la force, et que la force implique les organes. Je le répète, organisme seul, d'un côté, force seule, de l'autre, ne disent rien que l'esprit puisse admettre comme réel. Le mot principe vital ne peut être accueilli par les vitalistes métaphysiciens, qui croient devoir rapporter le principe de la vie à une cause supérieure. Mais cela ne tire pas à conséquence, s'ils séparent les faits physiologiques de tous les autres, et s'ils raisonnent comme si ces faits avaient une cause à part. Évidemment, pour les médecins qui consentent, ainsi que cela se peut sans inconvénient, à réserver la question ontologique, le mot principe vital serait aussi bon qu'un autre.

Lorsque l'idée d'une force est suggérée, vérifiée par l'observation, on la dit force ou cause expérimentale, ce qui signifie non pas que la force ou cause tombe sous les sens, mais qu'elle est le produit logique de ce raisonnement inductif que tout le monde

admet, et qui a suffi pour reconnaître la cause *attraction, affinité.*

Une fois la force vitale déterminée avec toutes les précautions voulues, cette notion doit désormais diriger les études comme moyen de concevoir et d'interpréter les faits. Zimmermann a dit justement que les phénomènes servent à donner l'idée de la cause, et que la cause sert ensuite à l'intelligence des phénomènes.

Si je me suis bien fait comprendre, le lecteur sait le sens que j'attache au mot force vitale. La force vitale est, à mes yeux, une idée générale résumant la partie essentielle des faits médicaux, idée qui est pour moi le point de départ de la meilleure méthode pour l'étude de ces faits. La force vitale a-t-elle, oui ou non, une existence réelle, objective ? En tant que médecins, nous pouvons, en l'état, nous dispenser de prendre parti dans ce débat, purement métaphysique.

LIVRE PREMIER

LA MALADIE

SECTION PREMIÈRE

ANALYSE DE LA MALADIE

CHAPITRE PREMIER

DE LA MALADIE

ARTICLE PREMIER. — QU'EST-CE QUE LA MALADIE?

Les réponses à cette question sont nombreuses. La vie opère-t-elle physiquement, chimiquement? Est-elle la matière commune devenue capable de réaliser d'autres actes en acquérant de nouvelles propriétés? L'agrégat est-il gouverné par une seule force, âme ou principe vital? A-t-il des parties privilégiées qui se meuvent les premières et donnent l'impulsion? Est-ce aux liquides ou bien aux solides qu'il faut accorder cette suprématie, etc.? La notion de la maladie change évidemment avec la solution adoptée. Autant de doctrines physiologiques, autant de définitions : la maladie est un fait physico-chimique; c'est l'altération des propriétés vitales; c'est la lésion d'un tissu, d'une humeur; c'est une force viciée ou seulement entravée, etc.

Plusieurs, trouvant ces difficultés insolubles, n'ont pas voulu sortir des faits sensibles, et ont adopté une pathologie exclusivement graphique. Renonçant à toute recherche de l'action première, essentielle, ils ont donné une définition purement phénoménale de la maladie; naturellement la suivante s'est présentée tout d'abord :

La maladie est l'altération des fonctions. Fonctions interrompues ou mal exécutées, tel en serait le trait distinctif.

Ce caractère est trop général et dépasse la chose dont on veut donner le signalement. On le rencontre dans une machine dé-

rangée, dans une montre arrêtée ou qui marche mal; personne ne dit que cette machine, que cette montre soient malades. Placer la maladie ailleurs que dans un individu vivant, révolte le bon sens. Ceux qui, de parti pris, assimilent jusqu'au bout la physiologie à la physico-chimie, soulèvent des répugnances presque unanimes lorsqu'ils admettent dans la matière inanimée une pathologie qui continue naturellement la nôtre. On est convaincu que l'ordre et la durée du monde impliquent l'invulnérabilité de la force cosmique, et qu'au contraire les forces qui président à la vie sont susceptibles de défaillances, de déviations. Ce fait consenti, il faut en tenir compte. La définition précitée doit donc subir un premier remaniement, une limitation, et il convient de dire qu'il s'agit seulement de l'interruption ou de l'état vicieux des fonctions exécutées par les êtres vivants.

L'âme humaine est-elle sujette à la maladie? L'âme humaine est susceptible de déviations, de défaillances; elle peut pâtir, agir contrairement à sa fin. Dans ce sens restreint, il y aurait là maladie. Toutefois les opérations de l'âme étant radicalement différentes des opérations vitales, il n'est pas permis de confondre les empêchements, les erreurs d'une force spirituelle, immortelle et libre, avec ce qui peut leur ressembler dans un instinct aveugle et caduc. Le mot maladies de l'âme, si tant est qu'on veuille s'en servir, désigne des faits soumis à des lois qui ne sont pas les lois physiologiques, et dont l'étude appartient aux moralistes, aux prêtres, aux instituteurs, aux politiques. Il est, par conséquent. nécessaire de restreindre encore la portée de la définition, en débarrassant celle-ci de ce qui revient à la psychologie.

La maladie serait donc la lésion des fonctions de l'ordre physiologique. Cette opinion contient assez de vérité pour mériter qu'on s'y arrête.

La maladie en acte présente incontestablement la lésion d'une ou de plusieurs fonctions vitales. Supprimez toute pensée d'altération de ce genre pour le moment ou pour l'avenir, et il ne reste rien qu'on puisse appeler maladie. La maladie n'existe que tout autant qu'il y a actuellement ou virtuellement dans l'organisme un dérangement fonctionnel. La notion de ce dérangement doit figurer dans une définition quelconque. Toutefois ne mentionner que lui ou lui accorder la première place, c'est se mettre en désaccord avec l'expérience, avec la raison.

Celle-ci veut impérieusement qu'un individu soit malade lorsqu'il est en puissance de maladie, et l'on doit considérer comme tel le goutteux, l'épileptique, le fébricitant, etc., aux époques d'intermittence. Or si, comme personne n'en doute, la maladie persiste alors, le dérangement fonctionnel ne peut en être le caractère essentiel, nécessaire.

Il n'y a pas toujours proportion entre ce dérangement et la maladie. La maladie est très-grave (phthisie), et les fonctions sont peu ou point lésées. Au contraire, dans une attaque de névropathie accidentelle, le désordre est porté à son comble ; c'est pourtant un orage qui passe rapidement sans péril aucun. Nous verrons bientôt qu'un empêchement fonctionnel existe fréquemment chez un sujet non malade et même très-bien portant.

Si la maladie peut coïncider avec l'intégrité actuelle des fonctions hygides, si l'on ne peut juger la maladie d'après le degré de l'altération fonctionnelle, si celle-ci peut exister sans maladie, il n'y a pas équation entre les deux choses, et la définition que j'examine est inexacte.

Le *mal-être,* dont beaucoup se contentent pour caractériser la maladie, se lie comme conséquence à une altération de fonction. Le malaise est réalisable seulement chez les êtres doués de sensibilité, de conscience. Il est très-fréquent, sans doute, dans la maladie, mais c'est un accident et non un accompagnement nécessaire. Les végétaux peuvent être malades, et leurs souffrances sont plus que problématiques. Il en est ainsi d'un grand nombre d'animaux. Le malaise n'a donc pas ce caractère de généralité qui convient à une définition. Mais laissons cette difficulté, et restons dans la physiologie humaine. Là nous voyons que le mal-être, fait psychique, dépend des rapports actuels de l'âme avec le corps, rapports trop variables pour que ce qui vient de là puisse donner l'idée entière de la maladie. Il y a souvent mal-être sans maladie ; la maladie peut exister sans mal-être. Celui-ci ne donne pas, il s'en faut, la mesure de la maladie, puisqu'il est nul ou médiocre dans certains cas fort graves, très-grand dans quelques maladies bénignes. D'ailleurs nous connaissons le degré du mal-être d'après le témoignage du patient, et ce témoignage est fréquemment au-dessus ou au-dessous de la vérité. Rien n'est mobile et trompeur comme la sensibilité. Ce n'est pas elle qu'il faut interroger pour savoir ce que la maladie est essentiellement.

Si le malaise dépend d'une lésion fonctionnelle, la lésion fonctionnelle, à son tour, a pour raison d'être une action vicieuse de l'organe. Avant que le progrès anatomique permît de chercher fructueusement de ce côté, on avait dit que la maladie était l'altération d'une humeur, d'un tissu, d'un appareil, d'un organe. *A fortiori* l'a-t-on répété depuis, avec plus de vraisemblance. Assurément la lésion de l'organe, cause, doit, dans l'ordre logique, passer avant la lésion fonctionnelle, effet. Néanmoins l'état actuel de la science, malgré tant de découvertes et d'efforts obstinés, ne permet pas de voir dans la lésion d'organe la partie essentielle de la maladie, et cela pour des motifs dont je vais résumer les principaux.

Il y a une évidente utilité pratique à admettre des maladies dans lesquelles la lésion de l'agrégat est un fait secondaire. Si, pour les besoins de la thérapeutique, il est nécessaire et possible de s'élever plus haut que cette lésion, d'en diagnostiquer la cause, on trouvera là un fait plus important, plus caractéristique.

Dans plusieurs maladies, la lésion de l'agrégat échappe aux investigations les plus minutieuses, bien que le trouble des fonctions soit très-prononcé. Dans ces cas, la lésion organique est comme si elle n'existait pas, et il faut savoir s'en passer.

On rencontre des altérations de solides, de liquides, sans maladie. Il serait désirable de pouvoir toujours dire celles qui sont morbides et celles qui ne le sont pas, celles qui précèdent la maladie et celles que la maladie produit. L'anatomie n'est pas arrivée jusque-là.

La même lésion d'organe n'a pas les mêmes conséquences morbides. Pourquoi ces différences? L'anatomie est encore incapable d'en donner l'entière raison. Il convient donc de se renseigner d'une autre manière.

En physico-chimie, la cause motrice, étant soumise à des lois inflexibles, fatales, est dans l'impossibilité de tirer d'elle-même rien qui puisse altérer son résultat nécessaire. Il suffit, pour la théorie et pour la pratique, de connaître les phénomènes et les conditions visibles. Une machine est-elle dérangée, on est certain que le mal vient d'un rouage empêché. L'indication est toujours d'enlever l'obstacle matériel, de réparer l'avarie. Quant à la force, inutile d'y penser, puisqu'elle est restée absolument la même, capable comme auparavant d'agir de la façon souhaitée.

Pourquoi, en pathologie, la force doit-elle être distinguée de ses effets ? Parce que ceux-ci ne traduisent pas aussi exactement, tant s'en faut, la situation actuelle. Cette force peut spontanément, sous l'influence de conditions trop souvent inconnues, modifier la quantité, la qualité de son action. Il en résulte que l'état appréciable des organes, des fonctions ne suffit pas pour le diagnostic, et parfois même suggérerait un diagnostic erroné.

La lésion d'organe, en la supposant constamment accessible, ne saurait par conséquent fournir la définition de la maladie. La lésion fonctionnelle le peut encore moins. Toutefois la lésion fonctionnelle étant le fait, présent ou futur, sans lequel il n'y a pas maladie, le fait qui donne à la maladie l'expression caractéristique qui la distingue de ce qui est hygide, il importe d'arrêter l'attention du lecteur sur cette lésion, que du reste, dans ma pensée, je ne sépare pas de la lésion d'organe, connue ou inconnue, dont elle est le produit immédiat.

Trois choses principales sont à considérer chez les êtres vivants : la santé, la maladie, la mort.

La mort se sépare nettement de la maladie : celle-ci est toujours la vie ; la mort est la négation de la vie. On ne peut considérer comme malade le sujet foudroyé par un agent hostile qui le prive subitement des conditions nécessaires à l'existence. Il ne l'est pas davantage s'il survit quelques instants. Dans le premier cas il meurt, dans le second il va inévitablement mourir. Dans les deux cas, l'individu passe de la santé à la mort sans intermédiaire. La maladie est la modification et non la cessation de l'activité vitale.

La distinction de la maladie et de la santé est moins aisée à faire.

La santé est, dit-on, l'état dans lequel le corps remplit ses fonctions normales. J'admets cela, à la condition d'ajouter que le corps est en mesure de les continuer. Mais il serait bon de savoir ce que sont en réalité les fonctions dites normales. Jusqu'à présent on s'est contenté de s'en faire une idée approximative.

Sont normales, selon moi, les fonctions qui se trouvent dans le meilleur rapport avec la composition et la structure régulières des organes. C'est pour elles que les organes ont été primitivement créés ; c'est par elles que le corps se développe, se conserve, se reproduit, déploie ses plus belles qualités de longévité,

de bien-être ; elles sont la manifestation la meilleure, la plus naturelle de la vie. Tout autre fonctionnement n'en est que l'altération, la déviation, et les présuppose. Leur suppression totale équivaut à la mort.

Ces fonctions sont constantes, essentielles, nécessaires depuis le commencement jusqu'à la fin de l'existence. Partout et toujours l'organisme agissant exécute des fonctions de sensibilité inconsciente, de motilité, de plasticité. Les fonctions qui apparaissent aux époques de la naissance, de la puberté, ne sont qu'une forme particulière de la sensibilité inconsciente, de la motilité, de la plasticité.

Tant que la fonction normale est partout prépondérante, la santé existe. Santé et décadence ne s'excluent pas. L'action vitale s'affaiblit, les organes qui l'exécutent deviennent de plus en plus impuissants, quand les pertes qu'ils subissent sans cesse sont incomplètement réparées. Après avoir atteint son summum de développement, le corps vivant descend la pente qui le mène à la mort. Mais s'il n'y a que diminution progressive et régulière d'énergie, c'est encore la santé : un individu parvenu ainsi à l'extrême limite meurt sans avoir été malade. Il a obtenu tout ce à quoi, dans l'ordre vital, il pouvait aspirer ici-bas. Avec les conditions que je viens de supposer, l'événement de la mort est aussi normal qu'une chose peut l'être.

Dans l'immense majorité des cas, il n'en est pas ainsi. Les ressources hygides sont insuffisantes contre certains stimulus hostiles, et le corps vivant a recours à un autre genre de défense ; il ne se défend pas ou se défend mal, il cède ou réagit d'une façon funeste : d'autres fois le fait initial est une viciation spontanée de l'action vitale, car on n'observe aucune provocation, du moins appréciable.

Sous ces influences réunies ou séparées, l'évolution libre, paisible et directement conservatrice dont je parlais tout à l'heure, cède la place à des phénomènes d'un autre genre. La vie n'est pas arrêtée, mais elle est toute autre ; elle ne suit plus la même voie, s'écarte de son but naturel ; le jeu des organes s'éloigne notablement de l'état normal ; les mouvements réguliers des muscles sont devenus des convulsions ; le tissu cellulaire subit un travail phlegmasique ; le poumon s'infiltre de tubercules, etc. ; actes en dehors de la destination première du muscle, du tissu cellulaire, du poumon, et qui ne sont possibles que parce que l'organe est dynamiquement ou anatomiquement lésé.

Ces opérations accidentelles et intruses, qui se font aux dépens des légitimes, doivent disparaître ; l'ordre complet n'est rétabli que lorsqu'elles se sont retirées devant les opérations hygides regagnant leur terrain perdu. Quand, par leur progrès, elles empiètent de plus en plus sur le fonctionnement normal, la vie est menacée prochainement ou à long terme, selon la rapidité ou la lenteur de leur marche envahissante. Limitées, modérées, elles ne troublent pas le reste du système, qui les tolère et se maintient à l'état hygide ; elles n'en sont pas moins une déviation de l'action vitale, une infraction à l'ordre.

Le corps vivant est donc l'auteur et le théâtre de deux genres d'activité. L'une, en rapport étroit, harmonique au plus haut degré avec la structure des organes, avec les facultés assignées à ces organes, est directement conservatrice, permanente, nécessaire ; elle ne disparaît jamais tout à fait tant qu'il y a vie; au-delà d'un certain degré, sa diminution équivaut à la mort : voilà l'activité normale, type des opérations hygides.

L'autre activité moins naturelle, chassant la première devant elle, ne fait pas partie obligée de l'idée de vie et est un accident : voilà l'activité anormale, type des opérations morbides.

D'après cela, la maladie est comparativement à la santé une déchéance, une lésion. Il y a lésion, en effet, lorsque le mode d'activité indispensable, celui qui donne l'ordre le plus naturel, le plus souhaitable, est limité par la survenance d'un mode différent.

En physiologie, la force à laquelle on rapporte les phénomènes est, contrairement à la force physique, muable, susceptible de perfectionnement, et par conséquent de déviation, de défaillances. On doit, pour mettre d'accord l'effet avec sa cause productrice, reconnaître qu'avant la lésion de l'organe il y a une lésion de la force. Si l'action de la force restait la même, pourquoi celle de l'organe changerait-elle? La lésion de la force existe seule, si on se fie au témoignage des sens pendant les intermittences des maladies, alors qu'il n'y a ni altération des organes, ni altération des fonctions.

Toute maladie commence avec la lésion de la force et finit avec elle. Cette lésion est donc le trait constant, essentiel, caractéristique par-dessus tous les autres. C'est elle qui permet de concevoir la maladie telle que l'observation nous la montre, et qui doit entrer la première dans la définition.

Diagnostiquer, au moyen de leurs manifestations, l'état des causes invisibles, tel est le problème. Est-il soluble quand il s'agit de la cause productrice des actions vitales? L'expérience répond par l'affirmative, et le principal objet de ce livre est de prouver que, non-seulement un pareil diagnostic est possible, mais encore qu'il est d'un grand secours en médecine pratique.

L'état de la force vitale, raison d'être des opérations pathologiques, est-il toujours une lésion ? Cela ne semble pas contestable pour les cas où les organes exécutent des actes manifestement contraires à la conservation du corps, ayant pour conséquence une mort anticipée. La chose n'est pas aussi claire lorsque la maladie guérit, surtout quand, après elle, le sujet est mieux portant qu'auparavant, par le fait de la substitution d'une maladie à une maladie plus grave. Ne sont-ce pas là des actes de conservation aussi bienfaisants que ceux de la vie hygide ?

Il y a, en effet, des maladies utiles ; comment cela se peut-il ? La substitution de certains modes pathologiques devient avantageuse quand, moyennant cette substitution, l'organisme peut combattre une cause morbifique contre laquelle les ressources hygides sont impuissantes. La maladie est alors un véritable moyen de protection. Sans doute il est regrettable que les circonstances exigent un pareil recours; mais, si ce dernier est efficace, son utilité est manifeste. Personne ne nie les avantages d'une phlegmasie suppurative à la suite de laquelle un corps étranger est expulsé, d'une attaque de goutte qui dissipe un grand malaise et éloigne les périls de l'affection goutteuse, etc. Une fluxion hémorrhoïdale prévenant une phthisie ou arrêtant sa marche est pareillement un événement heureux. Il n'en est pas moins vrai qu'un sujet hémorrhoïdaire, goutteux, est dans des conditions moins satisfaisantes qu'un individu bien portant, qui n'a besoin de rien de ce genre. La maladie peut donc servir à la protection du corps vivant: c'est toutefois un procédé pénible, précaire, fréquemment chanceux, un pis-aller, et le procédé hygide est, à succès égal, de tout point préférable.

Après ces explications, le lecteur conviendra que dans toute action morbide il y a lésion de la cause vitale, soit provoquée, soit spontanée. La comparaison suivante complétera, si besoin est, ma pensée.

Une nation vivant sous l'empire du code le mieux approprié à

son génie, à son climat, à ses besoins, poursuit sa destinée pacifique et heureuse; cela est pour elle l'équivalent de la santé. Vient un moment où l'économie de cette nation, ébranlée par une guerre extérieure, par des dissensions intestines, change d'une façon telle, que la législation habituelle n'est plus en rapport avec les nécessités du moment. Il faut alors, selon l'indication tirée des circonstances, modifier les lois existantes, en promulguer de nouvelles. Ce régime anormal impose des sacrifices, est douloureux: voilà l'équivalent de la maladie; la persistance dans cette situation extraordinaire, accidentelle, c'est la maladie passée à l'état chronique. Quand, le dommage étant réparé, la nation retourne à son fonctionnement premier et reprend tous ses avantages, c'est la guérison. La nation peut succomber dans l'épreuve, rester infirme et languissante, en sortir plus forte qu'auparavant. L'histoire fournit des exemples de chacune de ces éventualités, dont on retrouve les analogues dans l'ordre pathologique.

Il est facile maintenant de voir pourquoi je n'admets pas la définition dont beaucoup se contentent : *la maladie est la privation de la santé*. Toute définition qui dit seulement ce que n'est pas son objet, est incomplète. Je fais ensuite observer que, dans toute maladie, il reste nécessairement quelque chose du fonctionnement hygide. C'est par l'action hygide persistante que l'organisme se maintient vivant; c'est cette action qui est le point de départ des opérations restauratrices, et qui, en se rétablissant dans les parties d'où elle avait disparu, donne la guérison. Dans une pneumonie heureusement dénouée, les poumons ont suffisamment bien respiré pour empêcher la mort, pour reconquérir leur capacité normale, limitée pendant un temps plus ou moins long. La maladie n'est donc pas simplement une négation; c'est une action très-positive qui s'établit au milieu d'une autre, aux dépens de cette autre. On doit, on peut en signaler les caractères distinctifs.

J'approuve encore moins qu'on dise de la maladie qu'elle est le contraire de la santé. La maladie n'est que le *différent* de la santé. Maladie, santé sont également la vie, et la mort seule est le contraire de la vie. Certes, la maladie amène souvent la mort, mais la santé y conduit aussi. La maladie et la santé sont deux modes d'une même chose, qui est la vie; aussi, en signalant leurs dissemblances, faut-il admettre les rapports inévitables que ces deux modes entretiennent ensemble.

On se tromperait beaucoup en pensant que l'ordre, l'appropriation pour un but sont le privilége exclusif de la fonction normale. Cela se retrouve au complet dans un grand nombre de maladies : rougeole simple, cicatrisation d'une plaie, expulsion d'un corps étranger, etc. L'ordre ne manque jamais tout à fait, même aux maladies les plus funestes, et dans plusieurs il est très-accentué, bien que ce soit un ordre fatal à la santé. D'ailleurs, par ce seul fait que la vie morbide peut être étudiée, elle est soumise à des lois. Loi et ordre se supposent réciproquement. Quand on ne sait rien de la loi des phénomènes, la science de ces phénomènes n'existe pas encore.

Les lois du fait morbide et celles du fait hygide sont vitales ; elles ont par conséquent toutes les ressemblances que la conformité de nature exige. Nous le verrons, les opérations morbides ont pour substratum indispensable l'activité sentante, motrice, plastique qui fait la santé ; au fond, le moyen est le même, il est différemment employé. Des deux côtés, il y a des scènes de sensibilité, de mouvement, de composition plastique, de régression. Dans un cas, tout a lieu dans les proportions voulues pour que l'organe conserve sa substance, sa forme, sa fonction normales ; dans l'autre, les actes organiques sont disposés pour l'accomplissement d'un travail nouveau, spécial. Les différences apparaissent d'autant mieux qu'elles sont plus accentuées ; il y a des intermédiaires à nuances indécises qu'on ne sait où ranger. Cette difficulté est prévue et acceptée ; quoi de surprenant que le passage de la santé à la maladie, de la maladie à la santé, participe de l'une et de l'autre, et qu'il y ait des états dans lesquels on ne sait qui l'emporte, du mode hygide ou du mode pathologique ! La santé et la maladie étant l'une et l'autre le produit de la vie et ayant même dénoûment, la mort, on peut rigoureusement soutenir que la santé la meilleure n'est pas exempte du levain pathologique. Nous avons vu que l'action hygide, diminuée sans doute, se retrouve dans la maladie la plus grave et même dans l'agonie.

Tous les êtres animés présentent à l'observateur deux tendances : l'une vers la durée, l'autre vers l'anéantissement. Comment concilier cette opposition avec l'unité de la force-cause ? Je ne sais ; il n'est pas moins vrai que les deux faits sont incontestables. Antagonisme et unité sont partout. Si la chose est en soi inexplicable, elle est constante, nécessaire, et ne doit pas étonner.

En vain s'efforcerait-on de comprendre l'âme humaine sans la double propension au bien et au mal, l'attraction sans la répulsion, le chaud sans le froid, etc. C'est surtout dans les dynamismes animés que l'antagonisme occupe une grande place ; apparemment que cela était nécessaire pour exciter leur activité et la maintenir au ton convenable.

Le corps vivant lutte incessamment contre son milieu, contre les tendances opposantes qui sont en lui, afin d'obtenir avec ce milieu, avec lui-même, l'harmonie, condition indispensable de sa durée. En somme, l'action hygide, malgré l'usure et la décadence qu'elle amène, représente le principe de durée ; l'acte morbide, quoique fréquemment utile et même nécessaire, procède du principe de destruction. Les deux principes étant, ainsi que je l'ai dit, inextricablement unis pour constituer la nature vitale, on ne peut les séparer qu'à l'aide de l'abstraction.

C'est par la porte de la maladie que la mort s'introduit communément, et quand la maladie est un moyen de protection, elle constitue toujours pour les parties ou pour l'ensemble une déviation, un équilibre instable, précaire, une situation plus ou moins dangereuse, pénible, non naturelle, si nous pouvons appeler de ce dernier nom tout ce qui n'est pas selon la loi normale.

Quelques médecins n'ont voulu voir dans la maladie qu'une réaction bienfaisante. D'après eux, la cause vitale, conçue à part (nature) ou confondue avec l'âme, n'a que de bonnes tendances ; tout ce qu'elle fait est intentionnellement convenable. Si trop souvent le but *guérison* n'est pas atteint, cela vient de la gravité du dommage porté au corps, ou d'une imperfection des organes devenus incapables de réaliser le bien voulu. Les faits incontestables de protection par la maladie ont suggéré cette doctrine : mais pour que la conception naturiste, animiste, eût le caractère de généralité qu'une définition exige, il faudrait que toutes les maladies fussent une réaction contre une injure subie, ce qui impose la nécessité de prouver la présence constante de cette injure, comme fait initial ; il faudrait admettre que la cause vitale n'a que de bonnes tendances. La raison et l'expérience protestent. Dans toutes les langues, le mot dont on se sert pour désigner la maladie est formé d'un radical qui signifie *mal*. D'après la croyance générale, la maladie se rattache au germe de décadence et de mort que nous apportons en naissant.

Les naturistes, les animistes, en soutenant que toute maladie ne peut se former qu'à la condition d'être provoquée, limitent la spontanéité vitale plus que l'observation ne le permet. En cela, ils donnent la main à ceux de leurs adversaires qui pensent que l'organisme dépourvu de toute spontanéité obéit fatalement aux impulsions externes, à l'instar des corps inanimés. Dans cette dernière façon de voir, la maladie est pareillement une réaction, mais une réaction funeste qu'il faut toujours arrêter. On s'accorde pour croire à la réaction, partie essentielle et obligée de la maladie; mais l'opposition est complète au sujet du caractère, du but de cette réaction : de là, deux thérapeutiques s'excluant l'une l'autre. Les pessimistes ont raison quand ils invoquent les maladies qui vont directement à la mort. Les optimistes triomphent à leur tour en montrant celles qui sont incontestablement des moyens de protection. La vérité est dans la pensée affirmée par l'expérience que la maladie peut ne pas être une réaction; que, réactive ou non réactive, elle est, selon les cas et en proportions variables, favorable ou contraire aux intérêts de l'organisme.

Toutefois, je le répète, l'action hygide étant le type le plus naturel, tout ce qui s'en écarte est de soi mauvais, et ne peut être bon que relativement à un état pire. Revenir à ce type, c'est recouvrer la plénitude de ses facultés, rentrer dans l'ordre le plus favorable à la longévité. L'art aspirant à supprimer la maladie tente une entreprise certes fort difficile, mais non absurde ; tandis que prétendre nous soustraire à la mort serait folie, car la décadence et la mort sont naturelles, normales autant que la vie elle-même.

Si les faits rappelés tout à l'heure sont vrais; si l'organisme, tirant son principe de lui-même, n'obéit pas passivement aux impulsions extérieures, est doué de spontanéité, le lecteur reconnaîtra que tout phénomène morbide implique une lésion de la cause vitale. Il ne répugne nullement d'admettre qu'une force caduque, susceptible de défaillance, soit dite lésée quand elle sort de sa voie normale. Je fais observer néanmoins qu'une pareille lésion doit être distinguée des lésions matérielles, car elle est anatomiquement inconcevable et ne peut tomber sous les sens. Elle est, comme la cause elle-même, une conclusion logique commandée par l'interprétation des faits sensibles, et dont la justesse est vérifiée en clinique.

Conformément à ce qui précède, je définis la maladie : *Une*

lésion de l'activité vivante manifestée ou devant se manifester par des opérations spéciales, extra-hygides, tantôt funestes, tantôt utiles, tantôt mixtes.

La tâche du pathologiste est l'étude analytique et synthétique de ces espèces d'opérations. Comme chacun sait, cette étude comprend les antécédents étiologiques, les phénomènes intrinsèques organiques et fonctionnels, la marche, la liaison pathogénique, la finalité, les conséquences de ces phénomènes.

Ma définition signale dans leur plus haute généralisation ces parties essentielles, distinctives de la maladie. La cause génératrice de celle-ci est la cause vitale modifiée, placée dans une situation anormale. Ses phénomènes propres supposent un mode d'action qui n'est pas celui de la physiologie hygide, et dont la connaissance est l'objet de la pathologie. Cette conception sert mieux que les autres les intérêts de l'art de guérir. La clinique doit s'efforcer de savoir quel est, parmi les faits intrinsèques de la maladie, celui qui est initial. Il importe d'apprécier la part de la spontanéité de la force, celle des provocations, de savoir tout ce qui se rapporte aux changements organiques, fonctionnels, à leurs conséquences. Le praticien possédant ainsi la totalité de la maladie et ses tendances, est en mesure de trouver le remède, et de l'adresser là où il convient. Une définition donnant l'énoncé sommaire de ces nécessités remplit les conditions voulues par la pratique.

Sous ce rapport, l'insuffisance des autres définitions est notoire. Quand on se contente de dire que la maladie est une lésion de l'agrégat matériel, une lésion de fonction, on signale un fait relativement secondaire. La lésion génératrice a une importance supérieure, et l'absence de sa mention a lieu d'étonner. La surprise augmente lorsqu'on se rappelle les cas où des maladies semblables par les lésions anatomiques et fonctionnelles, sont radicalement différentes au point de vue des indications thérapeutiques, alors que d'autres sont au fond semblables, malgré la diversité de leur expression organique et symptomatique.

Les naturistes excessifs, les animistes, ne méritent pas ce reproche ; mais en n'accordant à la puissance vitale que la spontanéité du bien, ils inspirent au praticien une sécurité trompeuse et rétrécissent outre mesure le domaine de la médecine agissante. Dans les hypothèses naturiste, animiste, la maladie est essentiel-

lement une réaction protectrice contre un stimulus hostile. L'enlèvement de ce stimulus serait donc partout et toujours l'indication première. L'observation ne justifie pas cette pensée, et le simple bon sens refuse d'ériger en dogme général une recherche qui dans la majorité des cas ne peut aboutir. La thérapeutique distingue soigneusement les maladies réactives et les maladies non réactives; elle y est trop intéressée pour accepter une théorie qui la contredit sur ce point.

Trois choses veulent donc être inscrites dans la définition de la maladie: 1° la lésion de la force vitale, cause génératrice; 2° le caractère des phénomènes qui résultent de cette lésion; 3° la convenance ou la disconvenance du fonctionnement extra-hygide pour le retour à l'état normal.

On opposera peut-être la difficulté, l'impossibilité même de déterminer parfois la lésion de la cause invisible dont les phénomènes sensibles sont la manifestation. Une pareille objection n'est pas sérieuse. Le but que le médecin se propose étant le traitement de la maladie, évidemment c'est à la recherche du fait initial d'où les autres procèdent qu'il faut s'élever. Toute science a son idéal qu'elle ne doit jamais perdre de vue. Celui de la pathologie est le diagnostic dont je viens de parler; nous serait-il interdit dans l'état actuel de nos connaissances, qu'il faudrait le placer au premier rang de nos *desiderata*. Mais il est très-possible dans le plus grand nombre de cas: c'est ce que nous faisons lorsque, au lit du malade, nous concluons à l'existence d'une affection inflammatoire, catarrhale, bilieuse, scrofuleuse, syphilitique, goutteuse, etc., distincte des scènes anatomiques et fonctionnelles; distincte en effet, car l'indication principale se tire d'une lésion invisible en soi, qui n'est pas du tout la lésion constatée sur les organes, qui peut même exister sans altération appréciable des organes.

Les lésions locales qui représentent la maladie fidèlement et complètement sont pareillement précédées par une lésion du dynamisme. En effet, toute mutation du fonctionnement d'un organe suppose une mutation correspondante de la force qui donne à cet organe le pouvoir d'agir. Dans ces cas, les indications fournies par la partie suffisent pour le traitement. S'il en était toujours ainsi, la notion de la lésion invisible perdrait, sinon de sa vérité, du moins de son utilité pratique. Voilà pourquoi les médecins qui ne

reconnaissent que des maladies locales se croient autorisés à nier cette lésion invisible. Ils imitent les physiciens et les chimistes, qui n'admettent avec raison que les phénomènes sensibles comme base de leurs jugements, parce que ces phénomènes sont toujours en rapport exact et nécessaire avec l'état de la force qui les produit.

Il n'en est pas ainsi en physiologie; aussi faut-il poser comme dogme l'existence de la lésion dynamique qui précède celle de l'organe. Mettre cette idée en évidence, faire concourir à son développement la science ancienne et les conquêtes modernes, c'est placer la pathologie dans la voie du progrès. Les systématiques, qui s'arrêtent volontairement à la lésion anatomique, à la lésion fonctionnelle, ont de la maladie une notion incomplète dont la thérapeutique ne peut se contenter.

L'intervention de l'art n'est pas seulement requise pour les maladies déclarées; notre tâche est aussi de prévenir celles qui n'existent pas encore, mais se préparent et sont jugées probables pour l'avenir. On verra plus tard en quoi la prédisposition ressemble à la maladie, et en diffère. Les prémisses posées dans cet article faciliteront la solution de ce problème.

ARTICLE II. — DISTINCTION DE LA MALADIE D'AVEC LA MALFORMATION, L'INFIRMITÉ.

Au commencement de ce chapitre, j'ai parlé de lésions organico-fonctionnelles qui ne sont pas des maladies. Je dois des éclaircissements à ce sujet.

Ces cas sont des malformations. La malformation est un vice de la forme, de la structure, de la situation des parties, vice à l'égard duquel l'activité vitale est à la fois impuissante et indifférente. Il n'en était pas ainsi au commencement, car un travail dynamique précède la plupart des malformations; mais ce travail a pris fin, il ne reste plus que son produit immobilisé. Ce n'est pas la maladie, car celle-ci est une lésion actuelle du dynamisme, et constitue un drame en marche vers la guérison ou en sens contraire.

La malformation qui n'apporte aucun dommage appréciable ne diffère pas, aux yeux du praticien, de l'état normal complet. On l'appelle infirmité, quand le jeu d'un organe est mécanique-

ment gêné, aboli, sans qu'il y ait d'autres conséquences que celles qui résultent de cette privation. Le sujet est considéré comme n'étant pas malade; exemples : imperfection, abolition d'un sens, difformités, perte d'un doigt, d'un membre, etc.; ce sont des faits accomplis et parfaitement tolérés.

La malformation non tolérée est plus qu'une infirmité, elle altère gravement ou rend impossible une fonction importante; de là un trouble, cette fois pathologique. Quelle que soit l'étroitesse du lien qui unit alors la malformation à la maladie, il faut distinguer les deux choses. L'une, cause déterminante, est par conséquent antérieure à la maladie; celle-ci ne commence qu'avec les phénomènes spéciaux indiquant l'intolérance, la lésion de l'activité vivante. Chacune peut être conçue séparément. Rien de plus facile pour les cas où la malformation tolérée pendant la vie intra-utérine, n'est malfaisante que lorsque, les conditions de la vie ayant changé, la fonction empêchée est devenue nécessaire. La malformation existant souvent sans maladie, et la maladie, de son côté, pouvant exister sans malformation appréciable, l'idée générale qu'on doit s'en faire ne permet pas de les confondre.

Je divise les infirmités, suivant leur origine, en trois catégories : infirmités pathologique, tératologique, mécanique.

§ I. Infirmités d'origine pathologique.

Un organe altéré par la maladie peut n'être restauré qu'incomplètement; et cependant la guérison est entière si tout est rentré dans l'ordre, sauf la dégradation anatomique et ses conséquences instrumentales. L'organe a subi une perte de substance, et la brèche est comblée par un tissu nouvellement formé qui, bien que n'ayant pas toutes les qualités du tissu hygide, le remplace suffisamment. Ailleurs l'organe, déplacé par des mouvements faisant partie de l'évolution morbide, se trouve fixé dans un lieu plus ou moins impropre à son fonctionnement. D'autres fois enfin, l'organe malade a été plus ou moins longtemps l'aboutissant de fluxions qui ont apporté dans les interstices de sa trame des matériaux dont il n'a pu se débarrasser. Il reste là un reliquat, une espèce d'alluvion établi à demeure et inoffensif pour son voisinage. Tels sont les principaux modes de formation de l'infirmité de provenance pathologique.

Des exemples feront bien comprendre ce que je viens de dire. La phlegmasie est un acte morbide; l'induration immobilisée qu'elle laisse parfois après elle est une malformation simple, si ses conséquences sont nulles; une infirmité, si une fonction est gênée, de manière pourtant à n'inspirer aucune crainte pour le présent et pour l'avenir. Les scènes dynamico-organiques de la brûlure appartiennent à la maladie, et non la cicatrice difforme, gênante, par laquelle ces scènes ont pu se terminer. Un os fracturé, en voie de réparation, est le siége d'un travail morbide que l'on distingue très-bien du cal vicieux, suite d'une mauvaise situation des fragments. Une mutilation n'est qu'une infirmité quand le moignon est solidement cicatrisé.

Il est bon de remarquer que les tissus de nouvelle formation, produits par un travail morbide, restent toujours, en tant que vivants, inférieurs aux tissus normaux; j'ai déjà dit qu'ils l'étaient au point de vue de l'appropriation instrumentale. Une partie altérée par la maladie dans sa substance matérielle ne revient jamais entièrement à son état primitif. On la dit guérie lorsque le mouvement morbide est définitivement arrêté par une réparation telle quelle. Je dois ajouter que, toutes choses égales d'ailleurs, ces tissus supplémentaires opposent une moindre résistance aux provocations hostiles. Quand ils deviennent malades, leurs réactions laissent fréquemment à désirer. Un os jadis fracturé est-il soumis à l'influence de l'affection scorbutique, le cal subira le premier cette influence, et la guérison sera lente et difficile. On sait que les opérations pratiquées sur le tissu cicatriciel sont plus chanceuses que celles qui portent sur les tissus hygides; la fluxion, la phlegmasie y sont particulièrement à redouter, parce qu'elles prennent fréquemment un fâcheux caractère.

§ II. Infirmités d'origine tératologique.

Je mentionne la variété anatomique, malformation sans doute par rapport à ce qui est la règle, mais substitution équivalente, puisque la fonction reste entière : muscle, vaisseau, surnuméraires; absence d'une partie suppléée par une autre, etc.

L'anomalie devient infirmité si l'instrumentation est altérée de manière à entraver une fonction : hypospadias, agglutination des doigts, etc. Elle acquiert de la gravité quand la fonction empêchée

est importante : imperforation de l'anus, persistance du trou de Botal, etc. L'anomalie est-elle incompatible avec la vie extra-utérine : acéphalie, vice de conformation du cœur, etc., la mort est inévitable.

La malformation tératologique est le résultat de la perturbation des lois de l'embryogénie. Trop ignorants encore en pathologie intra-utérine, nous ne pouvons pas toujours décider si une malformation dépend d'un vice du *nisus formativus* ou bien d'une maladie. Tel déplacement congénital de la tête du fémur est-il la conséquence d'une maladie de l'os ou d'un arrêt de développement du travail normal dont la cavité cotyloïde est le produit? Souvent on ne sait que répondre. Toutefois, en appliquant les idées suivantes, l'autopsie peut donner la solution du problème.

Dans la malformation tératologique, la forme, la situation observées étaient normales à une certaine époque de l'évolution embryonnaire; les tissus n'ont pas été altérés, ils sont restés tels qu'ils étaient, tels qu'ils devaient être au moment que je viens d'indiquer ; rien, par conséquent, ne porte la trace d'une action morbide.

Les choses se passent autrement dans l'ordre pathologique : les scissions, les agglutinations, impliquent l'altération d'un tissu déjà formé ; les parties divisées portent des traces posthumes de la phlegmasie, de l'ulcération, du ramollissement, d'où la solution de continuité est venue. Les soudures ont été faites par l'interposition d'un produit plastique de provenance morbide. Telle malformation est d'origine morbide, parce qu'elle ne peut se rencontrer en tératologie. Ces choses étant suffisamment accentuées, un observateur attentif et au courant des lois comparées de la pathologie et de l'embryogénie ne doit pas se tromper.

§ III. Infirmités d'origine mécanique.

Elles se rattachent à un effort qui change les rapports d'un organe ou d'une partie d'organe : ce sont des déplacements : la hernie par exemple. Ces malformations, complètement tolérées, n'ôtent rien ou peu de chose au fonctionnement nécessaire. Il n'en est pas de même si le déplacement entraîne une gêne sensible, s'il provoque une réaction morbide. Alors la malformation est une cause morbifique occupant la première place parmi les indi-

cations ; elle précède, suscite la maladie, mais ne la constitue pas.

La maladie est toujours une opération vitale, extra-hygide, allant vers un dénoûment heureux ou malheureux. Sa cause génératrice est le dynamisme vivant, qui, de lui-même ou après provocation, sort de sa voie la plus naturelle et fait servir les organes pour des opérations qui ne sont plus celles de la santé et que la pathologie fait connaître.

ARTICLE III. — NATURE DES MALADIES.

Le mot nature a été pris dans des sens différents; il signifie puissance, force. A ce titre, il est souvent employé pour désigner la cause spéciale des phénomènes vivants.

Dans un second sens, celui que j'adopte pour le présent article, la nature d'un objet s'entend de l'ensemble des qualités qui distinguent cet objet.

A ce compte, puisqu'il n'y a pas deux objets dont la ressemblance soit parfaite, on devrait admettre une nature spéciale pour chacun; mais on dit que plusieurs objets ont une même nature lorsqu'ils se ressemblent par le principal. Ainsi, les faits hygides, les faits pathologiques ont une même nature, en ce sens qu'ils sont tous le produit de la vie. Mais en les produisant, la vie agit de deux manières diverses. A ce point de vue, les faits pathologiques sont tous d'une nature identique, comme aussi, de leur côté, tous les faits hygides. En étudiant ces derniers, on s'assure que quelques-uns se ressemblent plus particulièrement entre eux, par exemple les faits de sécrétion, de sensibilité, etc. Considérés séparément, ceux-ci ont une nature semblable relativement à la nature des faits qui ne sont pas eux. En outre, les diverses sécrétions ont des natures différentes correspondant aux qualités qui les spécialisent (sécrétion de la bile, de la salive). Enfin, la même sécrétion ne se faisant jamais d'une façon exactement identique, il en résulte qu'il y a rigoureusement autant de modes particuliers de sécrétion biliaire, salivaire, etc., qu'il y a de sujets.

De même, en pathologie, la notion des objets se précise de plus en plus à mesure qu'on descend du fait morbide général aux faits particuliers. Ainsi la variole d'un individu présente : 1° les caractères communs à toutes les maladies, par où elle se distingue des

faits hygides; 2° les caractères des maladies de son ordre, par où elle se distingue des maladies d'un ordre différent; 3° ses caractères propres, par où elle se distingue des autres varioles. Par conséquent, la même nature morbide appartient à toutes les maladies, à un plus ou moins grand nombre, à une seule, selon le terme de comparaison. Il en est ainsi, du reste, quel que soit l'objet dont il s'agit.

Par exemple, un homme contient en lui les caractères qui déterminent l'espèce et qui le confondent avec tous ses semblables. Ces caractères se spécialisent et deviennent ceux de sa race, de sa nation, de sa famille, et enfin ceux qui le distinguent de ses plus proches.

Dans ma réponse à la question: *Qu'est-ce que la maladie?* j'ai déterminé la nature de la maladie en général, en disant les qualités qui la séparent du fait hygide. Cette nature étant commune à toutes les maladies est sous-entendue. Il me reste à parler des particularités qui différencient les maladies entre elles, c'est-à-dire des qualités distinctives qu'elles présentent séparément. La qualité distinctive d'un fait morbide est celle qui intéresse le plus le praticien. Elle se trouvera dans la circonstance de ce fait, qui est cause prépondérante par rapport aux autres. Plus je connaîtrai cette cause, plus je saurai la nature d'une maladie.

Pour arriver à une pareille notion, je cherche avec soin toutes les choses qui se rapportent à la maladie, celles qui l'ont précédée et ont concouru à sa formation. Je note celles qui existent actuellement et constituent la déviation extra-hygide. Les phénomènes de cette déviation se déroulent dans un sens, et lequel? Ils naissent l'un de l'autre et font série; quel est celui qui est le premier dans l'ordre de la causation, et dont l'élimination amènera celle de tous les autres? La détermination de ce fait le plus important n'est possible que lorsqu'on connaît les autres, la valeur de chacun dans l'ensemble, leur ordre de succession pathogénique; elle résume donc le trait essentiellement caractéristique, la nature de la maladie. L'expérience m'a appris que je ne puis pas donner une préférence exclusive dans tous les cas à l'un ou l'autre des phénomènes. Ici, comme dans l'instruction d'un procès, je pèse chaque témoignage, je m'environne de toute lumière, je ne dédaigne rien *à priori*. Tel détail en apparence futile peut, à l'occasion, être décisif.

On se trompe fréquemment, et tous les médecins, en présence d'une maladie, n'en détermineront pas la nature de la même manière. Les uns n'iront pas jusqu'où l'observation permet d'arriver, et resteront en deçà ; les autres se porteront au-delà de ce que l'observation autorise.

Je vais donner un exemple de chacune de ces fautes.

Une difficulté de respirer est constatée ; il s'agit d'en savoir la nature. La première pensée qui se présente est que cette dyspnée dépend d'une lésion des organes respiratoires. Évidemment on ne peut se contenter d'une caractérisation aussi vague. Il faut préciser et dire quel est, parmi les organes de la respiration, celui qui est lésé et de quelle manière il est lésé. A l'aide de certains signes, je découvre que la dyspnée en question est liée à une phlegmasie du parenchyme du poumon. A partir de ce moment, j'écarte toutes les dyspnées se rattachant à une cause organique différente, et je substitue au mot dyspnée, qui dit trop pour m'être utile, le mot pneumonie, qui indique un cas spécial de dyspnée utile à connaître. J'ai fait un grand pas quand j'ai trouvé la lésion instrumentale d'où dépend cette dyspnée. Dois-je m'arrêter là ? Non, car l'expérience m'a appris qu'à son tour la pneumonie pouvait être le produit de causes diverses, et qu'elle était par conséquent susceptible de revêtir autant de natures. Cette pneumonie peut être une réaction traumatique ; elle peut dépendre d'une affection inflammatoire, catarrhale, ataxo-adynamique, intermittente, etc. J'ai intérêt à savoir si elle est l'une ou l'autre de ces choses, et en y parvenant, j'acquiers un complément de nature qui me permet d'instituer le meilleur traitement.

Lésion d'un organe respiratoire, lésion phlegmasique du parenchyme, pneumonie, ou inflammatoire, ou catarrhale, ou intermittente, etc., telles sont les trois étapes parcourues pour arriver à la notion de la nature entière de la maladie. Si je ne puis pas dépasser la première, cette notion est très-imparfaite. Je suis mieux renseigné à la seconde, et ne le suis tout à fait qu'à la troisième. Pareillement, si je passe de la première à la troisième, sans connaître la seconde, il y aura une lacune, et ma thérapeutique laissera d'autant plus à désirer que les indications tirées de la phlegmasie seront plus exigeantes. Les erreurs de ce genre viennent de l'ignorance de quelque donnée du diagnostic ou d'une mauvaise interprétation.

Je puis également me faire une fausse idée de la nature de la maladie en question si, dépassant les limites permises et donnant à un fait de détail une valeur exagérée, je rattache la phlegmasie du poumon à une cause hypothétique.

Vouloir approfondir le tout d'une cause est une prétention au-dessus de notre raison. Il faut reconnaître le moment où, dans l'état actuel de la science, il est prudent de s'arrêter. Supposez, par exemple, qu'on ne se contente pas de dire : Voilà une pneumonie intermittente; que, d'après une vue de l'esprit non justifiée par l'observation, on imagine le mécanisme de l'intermittence, le but sera dépassé et manqué. Le nombre considérable, la discordance, la fragilité des opinions qui veulent expliquer ce qui n'est pas scientifiquement explicable, ont discrédité le problème dont je m'occupe. Auprès de plusieurs, le mot nature inspire de la défiance. Et cependant, que fait-on au lit du malade? On cherche la nature du cas qu'on a sous les yeux. C'est parce qu'on croit l'avoir trouvée, qu'on pose un diagnostic et qu'on agit. Il y a donc des natures accessibles à l'aide des données de l'observation, et des natures hypothétiques. Il n'est nullement question ici de ces dernières. Les curieux peuvent s'y intéresser, mais non les praticiens.

Certains détails d'une maladie, comme de toute opération vitale, sont du ressort de la physique et de la chimie; ceux-là sont susceptibles de tomber sous les sens et peuvent être connus directement. Mais un grand nombre d'autres, qui nous intéressent pourtant beaucoup, échappent au microscope et aux réactifs. Le chimiste invisible qui opère en nous a des procédés particuliers pour mouvoir, combiner, dissocier la matière sur laquelle il s'exerce. Nous voyons les produits, et par eux nous connaissons les matériaux employés. Mais pourquoi, précisément, tels matériaux ont-ils été disponibles? pourquoi tel mode d'emploi? Les secrets du laboratoire de la vie sont tels qu'il est fréquemment impossible de répondre à ces questions. Les états si variables de la sensibilité, fait inconnu au monde physico-chimique, sont le point de départ des phénomènes de la chimie vivante. De plus, un grand nombre d'opérations très-importantes sont exécutées sans qu'on puisse les rattacher à un changement matériel appréciable ; de là, l'insuffisance de ces changements matériels pour tout expliquer, et la nécessité de s'élever plus haut pour trouver les qualités caractéristiques, lesquelles, pour être vraies, doivent être

appuyées sur les données sensibles convenablement interprétées.

Ainsi, quand je dis que la nature d'une pneumonie est catarrhale, j'exprime une idée justifiée par ce qu'il y a de spécial dans les antécédents, dans les phénomènes de cette pneumonie, dans le traitement qui d'ordinaire réussit. Là sont les motifs du jugement que j'ai porté sur la maladie, lequel jugement est la conclusion d'un raisonnement logique.

De même, quand je dis : pneumonie traumatique, j'emploie une expression qui résume tout ce que les phénomènes se rattachant à cette maladie m'ont appris. La pneumonie traumatique n'est ni le crachat sanglant, ni la toux, ni le râle crépitant, ni l'engorgement, ni l'hépatisation, ni même la somme de tout cela; c'est une certaine lésion de la cause invisible provoquée par une plaie du poumon, et qui s'exprime par les phénomènes précités. Je ne saurais me figurer ce que peut être la lésion d'une pareille cause ; mais je n'en suis pas moins certain qu'elle existe, et ma conviction repose sur la signification convergente des faits sensibles intrinsèques et extrinsèques de la maladie.

Remarquez que pneumonie intermittente, pneumonie traumatique, suggèrent le traitement qu'il faut instituer. Ce que nous devons rechercher dans les natures morbides, c'est ce qui sert à en éclairer la thérapeutique. Tout ce qui n'atteint pas ce but n'a qu'un intérêt accessoire. Voulez-vous savoir ce que vaut telle opinion sur la nature d'une maladie, demandez-vous le perfectionnement pratique qu'elle apporte avec elle. Elle sera appréciée selon le degré de son utilité. Pour nous praticiens, la nature d'une maladie est ce qui suggère le traitement.

Avant de terminer cet article, je veux préciser le sens d'une expression employée par quelques médecins. Quelle est leur idée quand ils parlent du *génie* d'une maladie? Génie et nature ne sont pas tout à fait même chose. Génie s'entend plutôt de la tendance qu'a une maladie à contracter telle nature. Ainsi une fièvre a le génie inflammatoire, intermittent, ataxo-adynamique, etc., lorsque certaines considérations tirées de son étiologie, de ses symptômes, de sa marche, etc., font croire qu'elle prend progressivement l'une ou l'autre de ces natures. Quand le fait est accompli, la fièvre a décidément la nature inflammatoire, intermittente, ataxo-adynamique. Le mot génie a une signification assez différente de celle de nature pour mériter d'être conservé.

ARTICLE IV. — ESPÈCES MORBIDES.

L'homogénéité de nature fait l'espèce morbide, et comme tous les médecins n'entendent pas les natures des maladies de la même manière, la détermination des espèces diffère d'autant. Il y a des espèces qui sont constituées d'après les lésions fonctionnelles; d'autres le sont d'après les lésions d'organe; d'autres enfin d'après la lésion de la vie, qui est le fait initial et prépondérant. Les deux premières ne sont acceptables qu'à titre provisoire et faute de mieux; les dernières sont les vraies espèces morbides auxquelles il est désirable que toutes soient ramenées. Les réactions, les affections inflammatoire, bilieuse, catarrhale, la syphilis, la variole, la fièvre typhoïde, etc., satisfont à cette condition. La fluxion, la phlegmasie, l'ulcère, l'hémorrhagie, etc., ne méritent pas au même titre d'être appelées espèces; ce sont des formes morbides, des variétés qu'il convient de rattacher à leur lésion mère, laquelle, tout le monde le sait, n'est pas toujours la même. Il y a certes plus de conformité de nature entre l'ulcère et la phlegmasie syphilitiques, qu'il n'y en a entre la phlegmasie syphilitique et la phlegmasie traumatique.

Il s'en faut que la science pathologique ait pu établir toutes les espèces et les variétés de la façon que je viens d'indiquer. Beaucoup de médecins n'admettent pas qu'il y ait une lésion qui ne soit pas organique. Pour eux, le seul progrès possible consiste à mieux connaître le matériel du corps; c'est-là, disent-ils, qu'on rencontrera les altérations qui sont exclusivement caractéristiques des espèces. Ces auteurs sont conséquents avec leur principe, en maintenant comme espèces les maladies où l'on rencontre une lésion anatomique spéciale et constante. Et quant aux maladies où une pareille lésion n'a pu encore être trouvée, les espèces sont déterminées provisoirement par eux d'après les ressemblances des lésions fonctionnelles. Les desiderata qui existent encore du côté des lésions supra-organiques, l'importance incontestable des notions thérapeutiques que la lésion d'organe fournit, la nécessité de décrire à part les lésions anatomiques considérées en elles-mêmes et dans leurs siéges divers, favorisent les prétentions dont je viens de parler, et par la force des choses le nom d'espèce est donné aux maladies d'après des motifs différents, inégaux en valeur,

mais respectables selon la part de vérité qu'ils contiennent. Évidement, quand on dit que les affections syphilitique, goutteuse sont des espèces morbides, on raisonne tout autrement que lorsqu'on se décide à appeler espèces la pleurésie, l'ulcère, l'hydropisie, etc. Il suit de là que les espèces morbides telles que l'usage les a consacrées, ne sont pas des choses conçues dans le même esprit et susceptibles de répondre à la même définition. De là, comme je le dirai bientôt, de grandes difficultés quand il s'agit de les comparer entre elles pour les classer.

On aurait donc bien tort de prendre le mot espèce morbide à la lettre, comme représentant quelque chose d'analogue au végétal, à l'animal, êtres sur lesquels il est aisé de se mettre d'accord. La maladie n'est pas un être, mais une simple modalité. Elle ne peut pas être conçue en dehors du sujet qui en est porteur : de même qu'en physiologie hygide il n'y a pas des digestions, mais bien des individus digérants; ainsi il n'y a pas de variole, mais des individus varioleux. La maladie est par conséquent un adjectif pris substantivement. Dans la réalité des choses, il n'existe que des sujets malades et pas de maladies.

Néanmoins la pensée d'assimiler la maladie aux êtres de l'histoire naturelle a souri à un grand nombre de médecins. Sydenham[1] disait : «Il faut réduire toutes les maladies à des espèces précises et déterminées avec le même soin et la même exactitude que les botanistes ont fait dans leurs traités sur les plantes.» Piquer écrivait de son côté : «Il y a autant de différence entre les maladies qu'il y en a entre les plantes et les animaux entre eux, car chaque maladie est un être d'une nature particulière, lequel a une vraie existence, distincte de toute autre pendant sa durée[2]. » Ce n'est là qu'une exagération de langage. Dans la pensée de ceux qui l'employaient, espèce morbide et espèce des naturalistes n'étaient comparables que de loin. Le seul trait commun est, au milieu de détails variables, la permanence de certains caractères distinctifs, quelle que soit l'influence des temps et des lieux. Même sous ce rapport, il n'y a

[1] Sydenham; *Œuvres de médecine pratique*, édition de Baumes, 1816, tom. I, pag. CXXI.

Primo expedit ut morbi omnes ad definitas ac certas species revocentur eadem prorsus diligentia ac ακρίβεια qua id factum videmus a botanicis *scriptoribus in suis* phytologiis, (*Thomæ Sydenham Med. doct. ac practici Londunensis celeberrimi opera medica.* Genevæ MDCCLVII, tom. prim. Prefatio, pag. VII.)

[2] Piquer; *Traité des fièvres*, 1776, pag. IV.

que ressemblance, car l'espèce végétale ou animale résiste bien plus que la maladie à l'action des modificateurs. Le mot *espèce morbide* ne doit donc pas être pris à la lettre. Cela est vrai, même pour les maladies spécifiques, qui sont le type le plus complet des espèces morbides.

Les noms divers donnés à ces dernières reflètent l'état de la science au sujet de chacune d'elles et le désaccord des médecins sur la façon de les concevoir.

Il y a des noms qui suggèrent des idées purement nosographiques. Ce sont ceux qui indiquent conventionnellement les lésions fonctionnelles, et rien de plus. Primitivement, tous les noms n'ont eu que cette signification incomplète ; mais à mesure qu'on a pénétré dans la nature, le sens du nom a été étendu, et il a exprimé une idée plus précise. Ainsi, le mot cancer dit aujourd'hui plus qu'il ne disait à l'époque où il fut donné, par suite d'une vague ressemblance entre la tumeur cancéreuse et l'animal auquel on l'avait comparée. D'autres noms aussi peu significatifs que celui-là ont été délaissés et remplacés : ainsi, tuberculisation du corps des vertèbres dit plus et mieux que mal de Pott. Ce changement heureux n'a pas été encore possible pour la maladie de Bright, pour la maladie bronzée d'Addisson, etc.

Quand on voulait naguère imposer la souveraineté de l'anatomisme, la pathologie a été envahie par des appellations tirées du genre et du siége des lésions d'organes supposées ou réelles. La prétention de remplacer tous les anciens noms de maladies a été nettement avouée. Les maladies qu'on a connues ou cru connaître anatomiquement ont été désignées par des expressions empruntées à l'anatomie. La fièvre péripneumonique a été une péripneumonie, et rien de plus ; la variole, une cutite ; la fièvre puerpérale, une péritonite, une métrite ; la fièvre inflammatoire, une angéio-cardite ; le rhumatisme, une arthrite, etc. Quant aux maladies pour lesquelles, ce qui était rare, on consentait à avouer l'insuffisance des dissections, un appel était fait à l'avenir, qui ne devait pas manquer de trouver la lésion d'organe jusque-là infructueusement cherchée.

Revenue de son enthousiasme, après les protestations des praticiens, l'école anatomique s'est transformée et est devenue histologique. Elle a avoué que l'anatomie, telle qu'elle avait été pratiquée jusqu'alors, ne pouvait pas donner les secrets de la ma-

ladie. Elle a demandé ces secrets aux éléments des tissus, des liquides ; elle a suivi ces éléments dans leurs altérations par hypertrophie, par atrophie, dans leurs transformations diverses ; elle s'est attachée aux parties maîtresses, d'où les autres tirent leur activité au point de vue du mécanisme organique (centres nerveux, sang, etc.). Pour cela, les phénomènes grossièrement visibles étaient insuffisants. Il a fallu, à l'aide des instruments grossissants et des réactifs chimiques, pénétrer aussi loin que possible dans les infiniment petits du détail anatomique. Beaucoup de découvertes ont été faites dans ce domaine, mais on leur a accordé une importance démesurée lorsqu'on a, d'après elles, constitué et nommé des espèces morbides. Pour faire accepter, par exemple, la leucémie, l'albuminurie, etc., comme espèces, il faudrait prouver que les maladies dans lesquelles on a rencontré l'augmentation des globules blancs du sang, la diminution de l'albumine, ont la même nature clinique et sont distinctes de toutes les autres. Jusque-là les espèces leucémie, albuminurie, resteront, à bon droit, suspectes.

Cette prudence paraît opportune lorsqu'on voit la division s'introduire parmi les histologistes. Tandis que les uns soutiennent que les éléments anatomiques morbides sont créés par la maladie et la caractérisent exclusivement, les autres affirment que les éléments anatomiques morbides les plus hétérogènes existent normalement et ne présentent que des différences de quantité, de proportion, de forme. D'après cette dernière opinion, qui prend faveur, les recherches microscopiques prouveraient que, par exemple, la cellule cancéreuse, loin de constituer le cancer, se rencontre là où il n'y a pas de cancer, qu'elle fait partie des tissus hygides. La majorité des praticiens pensent que le vrai cancer, le cancer clinique, n'existe que lorsque, par suite d'une modification inconnue de l'ensemble agissant sur les tissus morbides, ceux-ci évoluent d'une manière funeste et se reproduisent après l'ablation. Le fait capital du cancer est donc une modification inconnue du dynamisme. Cela est proclamé au nom de l'histologie bien comprise, laquelle rétablit ainsi au premier rang ce qu'elle avait d'abord rejeté comme inutile. Raison de plus de protester contre ceux qui prétendent découvrir la nature entière des maladies dans les altérations matérielles, et imposer d'une manière définitive à ces maladies des noms tirés de ces altérations.

Les noms anatomiques ne sont que provisoires. Les noms légitimes sont ceux qui indiquent la lésion de la cause de la vie. Ces derniers résistent à toutes les tentatives de réforme et bravent l'effort du temps. Catarrhe, cancer, syphilis, variole, etc., en tant qu'indiquant la force vitale modifiée de manière à produire telle série d'actes morbides, seront toujours employés par les médecins désireux de savoir ce qui les intéresse le plus dans les natures morbides.

Les noms exprimant le genre de lésion anatomique seront aussi conservés; on dira toujours fluxion, phlegmasie, ulcère, etc. Mais on ne se croira bien renseigné sur la nature de ces lésions anatomiques que lorsqu'on connaîtra la modification qui les spécifie: par exemple, phlegmasie réactive, catarrhale, syphilitique, intermittente, etc.

Les noms qui disent tout à la fois le genre de lésion anatomique et le siége: pneumonie, hépatite, péritonite, et autres, ne peuvent pas davantage périr. Leur nécessité est aussi évidente que celle des précédents; mais il y aura toujours des médecins soutenant, selon la raison, que, pour indiquer la nature entière de la maladie, ces noms doivent être suivis d'une épithète qui marque la nature propre, distinctive, de la pneumonie, de la péritonite, etc., dont il s'agit.

Bien avant les chimistes, les médecins avaient entrepris de former une nomenclature réglée d'après la nature des composants d'une maladie complexe. Quand nous disons fièvre catarrhale bilieuse, variole inflammatoire, etc., nous employons des expressions aussi significatives quant à la nature de ces maladies que le sont les expressions chimiques modernes. Si les chimistes ont été beaucoup plus avant que nous dans ce sens, ils le doivent à la facilité avec laquelle ils déterminent leurs espèces et en reconnaissent la présence.

Les errements exclusivement chimiques, physiques, anatomiques, ne suffisent pas au médecin; il lui en faut d'autres, qui sont les errements cliniques. Le clinicien interroge avec profit le physicien, le chimiste, l'anatomiste, mais il ne se fie à pas eux pour la conclusion. C'est lui qui prononce le jugement, parce que seul il peut apprécier les faits importants de la cause.

ARTICLE V. — CLASSIFICATION DES ESPÈCES.

Le vœu de Sydenham, on l'a vu plus haut, était que les maladies fussent classées selon la manière employée en botanique. Ce vœu a été entendu. Le premier essai sérieux fut l'œuvre de Sauvages, qu'on s'empressa d'imiter. Mais on comprit bientôt l'insuffisance des classifications fondées sur les symptômes. Les lésions fonctionnelles renseignent trop mal sur la nature des maladies pour qu'on puisse les employer pour la constitution des espèces. Sauvages et ses imitateurs le savaient bien, car ils avaient soin de mentionner dans leurs subdivisions les caractères auxquels les praticiens attachent le plus d'importance.

Pinel, éclairé par les travaux anatomiques de son temps, commença une réforme dans le but d'établir l'espèce d'après la lésion d'organe. Cela eût été un progrès si l'on n'avait pas fini par perdre de vue la partie de la nature des maladies qui n'est pas anatomiquement démontrable. Cet oubli, ce dédain allèrent croissants; Pinel fut bientôt largement dépassé. On sait où aboutit la pathologie étudiée dans cette direction exclusive, et quelles étranges classifications en sortirent.

Dans l'état actuel de la science, nous sommes trop divisés sur la règle à suivre pour la détermination des espèces, nos connaissances sont trop imparfaites sur la nature de plusieurs maladies, pour qu'une bonne classification soit possible, pour qu'une classification quelconque soit généralement acceptée. Les espèces adoptées par les uns sont niées par les autres. La même maladie est, quant à sa nature, très-diversement comprise, et, pour ne parler que d'une seule, la fièvre typhoïde est pour celui-ci une entérite, pour celui-là un empoisonnement par des matières septiques; ailleurs, c'est une affection spécifique; pour les autres, c'est une fièvre quelconque compliquée d'ataxo-adynamie. Une classification présentée à la majorité aura peu de chances, tant que cette majorité ne s'entendra pas au préalable sur ce que sont les espèces.

Les botanistes, les zoologistes, s'ils en étaient encore là, seraient aussi impuissants que nous-mêmes. Finirons-nous par nous accorder sur ce point de départ indispensable? Cela est possible, mais nous sommes loin de ce moment, et jamais on ne lèvera

toutes les difficultés. N'oublions pas que nous avons affaire non à des êtres, mais à des modalités dont beaucoup sont unies l'une à l'autre par des faits intermédiaires, et forment ainsi une série continue.

Prenons-en notre parti et renonçons pour longtemps à avoir une classification capable de satisfaire complètement même son auteur. Il en faut une cependant, pour exposer, soit dans un livre, soit dans un cours, les objets de la pathologie. A cette fin, la moins mauvaise suffit. Je remarque qu'on peut dire d'excellentes choses sur une maladie, bien qu'on se trompe tout à fait sur la place qu'elle doit occuper en nosologie. Avec un bon esprit, on pare aux inconvénients d'une classification imparfaite, de même qu'on peut faire acte de bon citoyen dans un pays dont la législation n'est pas achevée.

Toutefois, n'exagérons pas nos misères nosologiques. Il y a un grand nombre d'espèces morbides que l'on peut considérer comme admises : ce sont les espèces portant un nom désignant une de ces lésions du principe de la vie, que les praticiens de tous les temps se sont obstinés à admettre, en dépit des efforts contraires. Il y a des groupes qui s'imposent instinctivement, tel est celui des fièvres éruptives. Je ne me chargerai pas de parfaire ce travail, mais je dirai à quelles conditions cela deviendra possible.

Ce qui caractérise essentiellement les natures morbides est, ai-je dit, la lésion la plus élevée dans l'ordre de causalité. En conséquence, il faudrait déterminer séparément toutes les lésions mères que l'observation clinique permet de reconnaître. Nous verrons, quand il s'agira des éléments morbides, en quoi ce point de pathologie laisse encore à désirer.

Ce premier travail, le plus difficile, étant accompli, le reste serait aisé. Les espèces simples les plus voisines formeraient autant de groupes. Les formes anatomiques morbides et les caractères spéciaux qu'elles reçoivent de leur siége serviraient aux subdivisions.

Les maladies composées seraient placées à la suite des espèces simples qui en font partie.

Les noms à donner se présenteraient d'eux-mêmes, et notre nomenclature pourrait faire bonne figure à côté de la nomenclature chimique.

Heureusement, il n'entre pas dans mon sujet de réaliser un

pareil idéal. Cette tâche appartient à la pathologie spéciale, laquelle, ainsi que le lecteur s'en souvient, a pour but la détermination des espèces morbides. Il n'est pas nécessaire qu'elle ait achevé son travail pour que la pathologie générale commence le sien ; il suffisait à celle-ci que l'existence d'un petit nombre d'espèces fût démontrée d'une façon incontestable. Elle a sur ce point des documents en assez grand nombre. Une classification telle qu'il la faut pour un livre de pathologie générale, est bien moins difficile à faire qu'une classification à l'usage de la pathologie spéciale ; celle-ci doit traiter de toutes les maladies, quelque imparfaite que soit encore leur connaissance. J'ai déjà distingué la malformation de la maladie ; bientôt je proposerai une division des maladies basée sur les faits les mieux établis de la pathologie spéciale, division qui doit servir de règle et de lumière pour les études qui restent à faire. J'espère placer cette division à l'abri de toute objection sérieuse, et prouver qu'elle présente les avantages dont je viens de parler, lesquels avantages suffisent pour une classification de pathologie générale.

ARTICLE VI. — CHANGEMENTS QUE LES ESPÈCES MORBIDES PEUVENT ÉPROUVER.

La maladie est un drame. Une partie importante de la pathologie en fait connaître l'évolution. Cette évolution peut être régulière, irrégulière. Elle est modifiée par le tempérament, par les influences extérieures, par les complications, etc. Toutes ces questions seront traitées plus tard. Je parlerai aussi des métamorphoses des maladies, c'est-à-dire de la possibilité pour plusieurs de revêtir la forme d'une autre sans changer pourtant de nature.

Il s'agit ici d'un problème fort controversé, à savoir : si la métamorphose peut être dépassée et aller jusqu'à la transmutation ; en d'autres termes, si une maladie qui a commencé avec telle nature, peut en prendre une autre et continuer ainsi.

Puisque la maladie est une modalité et non un être, cette question perd à nos yeux son importance, et la réponse est aisée. Quand un sujet est malade tout autrement qu'il ne l'était, il est simple et logique de dire qu'une modalité nouvelle a remplacé la

première. Il n'y a pas la moindre nécessité de faire intervenir une transmutation.

On dit communément qu'un catarrhe pulmonaire s'est changé en phthisie. Ce mot ne doit pas être pris à la lettre. Il s'agit simplement d'une modalité nouvelle qui s'ajoute à une autre ou la remplace. Le seul lien existant entre les deux, c'est que la première a facilité, provoqué l'établissement de la seconde.

On ne peut pas dire davantage dans l'ordre moral que l'amour qu'on avait pour une personne s'est changé en haine; c'est une passion qui a succédé à une autre passion. On sentait, on agissait d'une façon, et maintenant on sent et on agit différemment.

De deux choses l'une : ou bien la seconde passion est au fond la même que la précédente, et il n'y a qu'un changement de forme, de manifestation, ce qui n'est pas certes transmutation; ou bien il n'y a plus de traces de la précédente, et c'est alors succession. Il en est de même dans l'ordre pathologique ; cela est évident pour certaines natures morbides qui s'excluent l'une l'autre. Ainsi, il ne peut pas y avoir dans le même temps et dans le même lieu, sthénie et asthénie, suraction et subaction, plethore et anémie, etc.

D'autres natures morbides, seulement différentes entre elles et non opposées, sont susceptibles non-seulement de coexister, mais encore de s'associer intimement, de manière à former un composé analogue aux composés chimiques, dont la nature complexe participe de celle de leurs éléments et varie selon la prédominance ou la subalternisation des éléments composants. Il arrive parfois que l'une cède complètement devant l'autre. Telles sont les affections inflammatoire, bilieuse, catarrhale, etc., qu'on voit fréquemment associées en proportions variables ou se remplacer l'une l'autre.

Enfin, d'autres maladies ayant une nature plus fortement accentuée, plus fixe, conservent entière cette nature jusqu'à la fin de leur évolution. Leur marche peut être interrompue un temps, mais la mort seule peut l'arrêter tout à fait. Associées, elles ne subissent pas la moindre diminution, et leur nature reste entière: variole, rougeole, scarlatine, fièvre typhoïde, etc. Ces maladies, en effet, gardent leur place jusqu'au bout, et aucune autre ne peut les en déloger, ni même les entamer. Pour celles-là, la transmutation est plus que jamais inadmissible.

Il est donc d'une vérité vulgaire qu'un sujet malade d'une telle façon au commencement, peut ensuite être malade d'une autre manière qui aggrave ou allége sa situation ; mais il n'est pas vrai qu'une maladie soit susceptible de transmutation. Avec des additions, des retranchements, des substitutions, on explique tous les changements survenus dans la situation d'un malade, sans qu'il soit besoin d'avoir recours à la transmutation.

Examinons maintenant une autre face du problème. Une espèce morbide peut-elle, à travers les générations, devenir une autre espèce? Qu'une maladie change de forme, s'adoucisse ou devienne plus dangereuse, en suivant cette filière, cela est incontestable. Mais vient-elle à perdre sa nature, soyez certain qu'une autre l'a remplacée. Les auteurs qui font sortir toutes les maladies chroniques d'une souche primitivement rhumatismale, herpétique, syphilitique, ont émis une opinion insoutenable.

Je fais remarquer, en premier lieu, qu'à beaucoup d'observations citées en preuve, on peut objecter qu'il s'agit de maladies acquises, et non provenant de l'hérédité.

Arrêtons-nous aux faits qui semblent plus démonstratifs, et apprécions-en la valeur.

Un père a été syphilitique, et il donne le jour à des enfants scrofuleux; ou bien c'est un goutteux dont les enfants sont graveleux, hémorrhoïdaires. Peut-on conclure que la syphilis du père est devenue scrofule, que la goutte est devenue gravelle, etc.?

Le père pouvait ne plus être syphilitique au moment de l'engendrement, mais seulement mis hors d'état, par suite de la syphilis passée, de donner le jour à un enfant bien constitué; or, il y a assez d'analogie entre la syphilis et la scrofule pour que, dans ce cas particulier, la prédisposition scrofuleuse puisse être transmise plutôt qu'une autre. La syphilis du père serait pour quelque chose dans la scrofule de l'enfant, mais seulement comme ayant amené un de ces états d'infériorité organico-vitale d'où peut sortir pour l'enfant la prédisposition à la scrofule.

Un père syphilitique au moment de l'engendrement donne le jour à un enfant syphilitique, telle est la règle. Admettons l'exception; cela prouve que la syphilis n'est pas toujours et absolument héréditaire. Mais d'où vient la scrofule? Pour répondre catégoriquement et sans crainte d'erreur, il faudrait avoir percé tous les mystères de la génération. Il y a trois termes dans la généra-

tion : le père, la mère, l'enfant ; de là, trois influences qui se limitent l'une l'autre, chacune étant, selon les cas, prépondérante à des degrés divers. Il est très-possible que l'influence de la mère ait été la seule agissante : alors la scrofule serait d'origine maternelle. Il se peut aussi que l'apport de la mère se soit borné à préserver l'enfant de la syphilis, sans toutefois détruire entièrement l'influence malfaisante du père. Enfin, l'enfant a pu devenir scrofuleux par suite d'un concours fortuit de circonstances tellement mystérieuses encore, qu'on renonce à les imaginer, à les nommer. Quand il s'agit d'un mécanisme aussi compliqué, aussi obscur que celui de la génération, le doute est souvent la sagesse. On pourrait ainsi multiplier des hypothèses dont chacune serait plus acceptable que celle-ci : le père a donné la prédisposition à une maladie qu'il n'avait pas. Mieux vaudrait soutenir que la syphilis et la scrofule ne font qu'une espèce morbide à formes diverses. Quelques-uns le pensent ; la majorité proteste. Il y a plus de motifs en faveur de l'identité de la goutte et de la gravelle; mais entre cette opinion et celle qui en fait deux espèces distinctes, il n'existe pas de milieu. Si donc la goutte et la gravelle sont au fond la même maladie, point de difficulté : la goutte du père se transforme en gravelle chez le fils. Mais si la gravelle est autre que la goutte, elle vient certainement d'un principe qui n'a jamais été ou qui n'est plus la goutte.

Remarquez que les parents ne transmettent pour l'ordinaire, à leurs enfants, que des prédispositions. Or, une prédisposition est plus susceptible qu'une maladie d'être altérée, de disparaître devant une influence différente. Si la prédisposition se conserve avec sa nature propre et devient la maladie à laquelle elle correspond, rien n'est changé. La prédisposition est-elle remplacée par une autre, il y a substitution. Ainsi, pour la prédisposition comme pour la maladie, il n'est pas nécessaire de recourir à la transmutation.

En résumé, ce qu'on a présenté sous ce nom n'est, selon moi, que substitution, succession d'une modalité à une autre modalité.

Le lecteur l'a remarqué, le problème des modifications de nature suppose celui des espèces. J'ai dit combien il reste à faire sur ce dernier point. Il y a des traces de ce désaccord parmi les médecins appartenant à une même doctrine médicale. Cela est sans inconvénient, pourvu qu'on ne méconnaisse pas les simi-

litudes et les différences. Qu'importe que l'on considère, par exemple, la goutte et le rhumatisme comme faisant une seule ou deux espèces, si, dans la pratique, on tient compte de ce qui les sépare et de ce qui les unit. Moyennant cette précaution, la contradiction reste purement théorique. L'essentiel, au lit du malade, est de diagnostiquer la réalité qu'on a devant soi. La clinique ne voit que des cas individuels et ne s'occupe des généralités que pour autant qu'elles lui servent à connaître ces cas. A ce compte, le problème abstrait des espèces n'a qu'une importance secondaire. N'oublions pas qu'en pathologie il n'y a pas de vraies espèces; ce qu'elle appelle de ce nom ne ressemble que de loin à l'espèce végétale, zoologique.

CHAPITRE II.

DE L'ÉTAT MORBIDE.

En dehors de l'École de Montpellier, le mot état morbide comprend dans sa signification tout ce qui tient à la maladie et même ce qui est malformation, infirmité. Ici, il a un sens plus restreint. Il ne s'applique qu'à la maladie, et à une partie seulement, qui est la modification de la force vitale, génératrice des lésions organico-fonctionnelles. Nous croyons très-nécessaire de distinguer les actes sensibles, manifestateurs de leur cause latente prochaine, qui est saisie seulement par la pensée, et que j'ai signalée en tête de ma définition de la maladie, comme caractérisant essentiellement cette dernière. L'état morbide est donc la lésion de l'*inconnu vital*, en vertu de laquelle les organes acquièrent la capacité d'agir pathologiquement.

ARTICLE PREMIER. — PREUVES ET NÉCESSITÉ DE LA DISTINCTION DE L'ÉTAT MORBIDE ET DE L'ACTE MORBIDE.

La distinction de l'état morbide et de l'acte morbide est rationnelle autant qu'une distinction peut l'être. Partout la cause est conçue séparée de son effet; mais cette séparation logique n'est pas partout utile comme en médecine, où, comme on va le voir, elle est indispensable dans un grand nombre de cas.

Ainsi compris, l'état morbide est rejeté comme chose métaphysique et nuageuse, par ceux qui professent qu'il n'y a pas de certi-

tude en dehors des données fournies directement par les sens. Mais j'écris pour cette immense majorité qui, plus confiante en la raison, n'hésite pas à croire aux causes latentes, en faveur desquelles témoignent des antécédents, des conséquents sensibles, suffisamment significatifs, et qui ont subi avec succès l'épreuve de la vérification pratique. Une cause ainsi démontrée est affirmée avec autant d'assurance que si elle était vue et touchée.

Les physiciens, les chimistes, les astronomes ne voient comme nous que des phénomènes ; ils sont pourtant convaincus de l'existence de la cause de ces phénomènes. En tête de leurs ouvrages, ils exposent ce que l'observation leur a appris au sujet des attributs, des lois de la cause attraction, affinité, etc., et ils ne croient pas alors s'occuper de chimères.

La médecine a pu, avec la même confiance, formuler des idées générales en ce qui concerne la cause vitale, en santé comme en maladie. L'état morbide, modalité de cette cause quoique invisible comme elle, comme l'affinité, l'attraction, etc., réunit toutes les conditions de la réalité, et est accepté par l'esprit que ne prévient pas un faux système de philosophie. L'acte morbide est une autre réalité constatée directement par les sens.

J'ai dit que la clinique a intérêt à séparer l'état morbide de l'acte morbide ; cela n'a pas la même importance dans l'ordre inanimé. Je distingue mentalement très-bien l'affinité réciproque (cause), qui pousse l'un vers l'autre un acide et un alcali, de la combinaison, effet de cette double impulsion ; mais dans le laboratoire, je puis sans aucun inconvénient confondre les deux choses, parce que l'effet sensible traduit la cause invisible avec une fidélité qui est invariable comme la nécessité. Les conditions essentielles pour la production de l'effet me sont connues. Je les réunis à volonté, et je suis certain du résultat. Ici, la cause et l'effet ayant des rapports constants, je suis autorisé à considérer celui-ci comme l'équivalent de celle-là.

Cela n'est permis que pour les forces sans spontanéité et fatalement agissantes. En physiologie, la manifestation de la cause par l'effet n'est pas, tant s'en faut, aussi fidèle, et l'équivalence ne peut être érigée en règle générale. Soit, par exemple, la cause spéciale, productrice de la fièvre intermittente et ses conséquences possibles, je remarque des choses inconnues en physico-chimie, et d'abord ceci, que les actes morbides paraissent et disparaissent,

bien que leur cause subsiste. Pourquoi cette interruption des phénomènes sensibles? On n'a pu donner de cela une explication physico-chimique satisfaisante; le mode d'action du remède efficace que nous possédons ne justifie aucune des nombreuses hypothèses de ce genre qui ont été proposées. La forme des actes morbides constituant les accès varie beaucoup. D'ordinaire ces accès sont fébriles. Fréquemment il n'y a pas de fièvre, et je vois à sa place une névralgie, une hémorrhagie ou tels autres actes morbides en si grand nombre qu'il est impossible d'en fixer le chiffre. Il peut ne pas y avoir d'intermittence. Tous ces cas, certes bien différents au point de vue des lésions organico-fonctionnelles, sont pourtant au fond la même maladie, ainsi que la thérapeutique nous l'apprend. D'autres fois, au contraire, les actes morbides habituels de la fièvre d'accès sont présents, et c'est une tout autre maladie.

Si je suivais les errements physico-chimiques, je dirais que chaque série d'actes morbides appartient à autant d'états morbides différents, et que partout où les actes morbides sont semblables, il y a même maladie. Tous les praticiens protestent contre ces erreurs grossières. Ils savent que la maladie dite intermittente contient une partie constante, essentielle, invisible (état morbide), et une autre contingente, variable (acte morbide). L'état morbide est donc la vraie cause à diagnostiquer, la source de l'indication principale.

L'analogue se retrouve dans le monde moral. Nous avons une façon qui est la plus ordinaire d'exprimer nos sentiments; mais combien d'exceptions? Les uns traduisent cet état mental psychique par une pantomime significative, les autres par des paroles; celui-ci cache son émotion derrière le masque de l'indifférence, celui-là la dissimule sous des dehors menteurs; on peut se donner toutes les apparences d'une passion qu'on n'éprouve pas. Il faut donc savoir, au besoin, chercher ailleurs que dans l'acte la nature de l'émotion intérieure.

Voyez les conséquences pratiques : en présence d'une personne affligée, il serait ridicule de se contenter d'empêcher la manifestation de la douleur, l'écoulement des larmes, par exemple. On cherche, selon un mot vulgaire et très-juste, à tarir la source de ces larmes, c'est-à-dire à faire disparaître la cause intérieure. De même, quand le médecin veut guérir un accès de fièvre, un

ulcère, une convulsion, etc., c'est à la cause intérieure, à l'état morbide générateur, qu'il adresse le traitement.

La vérité que je cherche à établir trouve des opposants en théorie, mais pratiquement tout le monde l'accepte. Aucun médecin ne se fie seulement aux lésions anatomiques, aux symptômes visibles; il distingue dans la maladie le fond et la forme, l'*être* et le *paraître*, l'état morbide et l'acte morbide. Mais tous ne conçoivent pas l'état morbide de la même manière. Pour les uns, c'est une lésion imperceptible d'un fluide ou de la trame organique; pour les autres, c'est un fait chimique inabordable, etc. Personne ne limite la maladie à son appareil extérieur. Seulement il y a des gens dont le tempérament intellectuel est formé de telle façon qu'ils ont recours aux hypothèses les plus désespérées plutôt que d'admettre une cause dont on ne peut se représenter la substance et la forme. Qu'on prétende connaître le ressort caché, l'état morbide en soi et dans son mode d'action, ou qu'on avoue son ignorance en ce qui le concerne lui et son mécanisme, toujours est-il qu'il est accepté partout comme une nécessité pratique.

Les anciens n'avaient aucun doute à cet égard. Cela est évident pour Hippocrate. S'agit-il, par exemple, des indications de la saignée, il la recommande quand le sujet est robuste, dans la vigueur de l'âge, la maladie très-aiguë, l'inflammation intense, etc.

Hippocrate se garde bien de dire qu'il faut employer la saignée dans la pleurésie, dans la dysenterie, etc., car ces appellations désignent des actes morbides pouvant se rattacher à des états morbides divers, même opposés. Hippocrate conseille donc la saignée pour un état morbide spécial qui est l'état inflammatoire.

La distinction de l'état morbide et de l'acte morbide était certainement dans la pensée du Père de la médecine. C'est Galien qui l'a formulée, particulièrement dans son *Methodus medendi*. Pour se faire bien comprendre et prouver la nécessité de s'élever au-dessus des phénomènes qui ont d'abord frappé les regards, il cite la claudication. Qui songera, dit-il, à moins d'être ridicule, à traiter la claudication en elle-même? Il en recherchera la cause: ce pourra être un phlegmon, et alors il traitera le phlegmon. Ce cas, où la cause est visible, aide à l'intelligence de ceux où elle se dérobe à nos sens.

Fernel, plus explicite encore et plus clairvoyant, jette un jour

nouveau sur la question, en comparant l'état morbide avec l'état moral passionnel, et l'acte morbide avec les phénomènes exprimant la passion. L'analogie est frappante; instinctivement elle avait été saisie, ainsi que cela est prouvé par les mots usités alors : *passio hysterica, hypochondriaca*, etc. Πάθος, en grec, est l'équivalent d'état morbide; il signifie tout à la fois affection morale, affection vitale. Νόσος exprime un acte morbide ou une collection d'actes morbides : c'est la pleurésie, la dysenterie, l'épilepsie, etc.

Idée morbide, mot employé par Van Helmont, rend la même pensée qu'état morbide. Ce mot est inexact dans Van Helmont, qui, lui donnant son sens littéral, accorde l'intelligence à l'*archée*. Ce reproche n'est pas mérité par les autres vitalistes qui s'en sont servis, parce que, dans leur pensée, il s'agit, non d'identité, mais d'une simple analogie avec ce qui se passe dans le monde moral. Moyennant cette restriction importante, l'expression est acceptable. Les sciences se prêtent réciproquement des termes qu'il ne faut pas prendre à la lettre.

Idée morbide est aussi juste que : *amours des plantes, feu qui dévore*, etc., manières de parler passées en usage et sur le sens desquelles personne ne se méprend.

L'École de Montpellier s'est toujours montrée attachée à la distinction de l'état morbide et de l'acte morbide. M. Lordat a insisté sur ce point dans ses leçons et dans ses livres, et lui a donné une grande clarté. Développant la pensée de Fernel, il a comparé mieux qu'on ne l'avait fait avant lui l'individu vital et la personne morale; et ce travail a été très-utile pour l'élucidation du problème dont il s'agit. Barthez n'avait pas manqué de diriger l'attention de ce côté. Il suffit de rappeler la phrase suivante à l'aide de laquelle M. Lordat a traduit la pensée de Barthez sur ce sujet : « En recherchant ce qu'on pourrait appeler la généalogie des phénomènes morbides, on ne peut s'arrêter à l'altération de la constitution sensible du corps, et l'on est obligé de remonter jusqu'aux affections de la puissance chargée de maintenir ou de conserver cette constitution, et dont l'action affaiblie ou pervertie a permis ou opéré une telle dégradation[1]. »

La conclusion de ce qui précède est qu'il importe à l'intelligence de la pathologie et aux besoins de la pratique, de concevoir séparément l'état morbide et l'acte morbide.

[1] Lordat; *Exposition de la doctrine médicale de Barthez*, 1818, pag. 287.

L'*état morbide* est la modification vitale qui est la cause latente et prochaine des phénomènes sensibles de la maladie.

L'*acte morbide* comprend ces phénomènes sensibles. C'est la manifestation de l'état morbide.

L'idée, *état morbide*, est légitime lorsqu'elle repose sur un ensemble de données fournies par l'étiologie, par la nosographie, par la thérapeutique. Autant de fois l'étude synthétique de ces données force à admettre une cause prochaine, une modalité dynamique distinctes, autant d'états morbides. Je ne puis ici entrer dans ces détails, qui appartiennent à la pathologie spéciale. Ma tâche est de rapprocher les états morbides d'après une similitude d'une grande importance pratique, et d'étudier d'une manière générale des groupes que j'aurai ainsi formés.

Les deux premiers sont établis d'après la dépendance ou l'indépendance de l'état morbide. Qu'est-ce qu'un état morbide dépendant?

L'organisme est exposé à des influences malfaisantes venant du milieu dans lequel il vit. Quand une de ces influences dépasse par son énergie la résistance hygide, l'organisme, quelque bien doué qu'il soit d'ailleurs, est contraint de passer à la vie morbide. Très-souvent la maladie n'a pas d'autre raison d'être que l'action de la cause hostile; il suffit de supprimer cette cause pour obtenir la guérison. C'est là, en effet, l'indication principale. L'état morbide, d'où les phénomènes de la maladie procèdent, dépend alors de la provocation, n'existe et ne se maintient que par cette provocation. L'utilité pratique de l'étude collective des cas de ce genre est manifeste. Tels sont les états morbides que j'appelle *dépendants*.

Viendront ensuite ceux qui surviennent ou persistent sans provocation appréciable. Ce sont là, pour moi, les états morbides *indépendants*, déjà connus dans l'École de Montpellier sous le nom d'*affections*.

ARTICLE II. — ÉTATS MORBIDES DÉPENDANTS.

En admettant des états morbides dépendants, j'ai introduit ici une nouveauté. Le seul auteur qui, à ma connaissance, ait écrit *ex professo* sur l'état et l'acte morbides, M. Barre, exprimait l'opinion de la majorité en définissant l'état morbide : « Toute mo-

dification générale anormale et plus ou moins durable survenue dans le système vivant... État morbide, ajoute-t-il, est synonyme d'affection [1].»

Le langage habituellement employé à Montpellier donnait raison à M. Barre. La phrase empruntée par M. Lordat à Barthez, et citée tout à l'heure, ne parle que d'affections ; elle est rédigée de façon à laisser croire, quand on la prend à la lettre, qu'au-dessus des altérations de la constitution sensible du corps il y a seulement des affections.

En matière d'affection, l'autorité de Barthez est loin d'être décisive. Le sens qu'il donnait au mot affection était très-vague et n'a été nettement précisé qu'après lui. Cherchons en dehors des mots s'il n'y a pas des états morbides non affectifs qui s'expriment par des altérations de la constitution sensible du corps. Poser ainsi la question, c'est la résoudre par l'affirmative.

De tout temps, et à Montpellier plus qu'ailleurs, on a distingué les *maladies réaction* et les *maladies affection*. Or, partout où il y a fonctionnement extra-hygide se trouve une raison dynamique de ce changement, et par conséquent un état morbide. A moins de dire qu'en pathologie tout est affection, il faut reconnaître des états morbides non affectifs. Certes je conviens que la distinction de l'état et de l'acte morbides est d'une démonstration plus aisée et a plus d'avantages pratiques dans les affections morbides; mais dès qu'on l'admet pour ces dernières, je ne vois pas de motifs pour la rejeter ailleurs. Tout acte morbide implique nécessairement un état dynamique d'où il provient immédiatement. Tout dépendant que soit cet état dynamique, il ne me paraît pas possible de le nier. Ma division des états morbides dépendants, c'est-à-dire naissant et persistant sous l'empire d'une provocation, est donc parfaitement légitime, et il y a lieu de l'étudier d'une manière générale.

Dans les maladies qui le présentent, le fait pratique important est la provocation. Plus tard, quand nous en serons à l'Étiologie, je parlerai amplement des provocations. Il suffit de savoir en ce moment que dans le milieu externe, comme dans le milieu interne, il se rencontre des stimulus qui, par impropriété de leur action dynamique ou physico-chimique, sont un obstacle au jeu

[1] Barre; *Des rapports entre l'état et l'acte morbides*. (Thèse d'agrégation; Montpellier, 1844.)

normal de la vie. Si cet obstacle est tel qu'il ne puisse être toléré, c'est-à-dire surmonté pacifiquement, *more hygido*, l'organisme est entraîné à des actes extra-hygides, ce qui implique nécessairement une modification de même nature, un état morbide, lequel état morbide est dépendant, lorsqu'il existe et se maintient uniquement en vertu de la persistance de la cause agressive.

Ces états morbides sont fréquents chez les individus déjà malades ; mais alors le problème est souvent complexe, car il faut tenir compte de l'influence exercée par la maladie, qui peut grandement modifier la nature de l'état morbide provoqué et ses conséquences. Cela sera examiné dans une autre partie de ce livre.

Maintenant, pour me faire mieux comprendre, je dois simplifier et parler des cas où la cause morbifique agit sur un sujet n'ayant aucune viciation, aucune prédisposition capable d'altérer la pureté de l'effet. C'est donc sur une personne ayant présenté jusque-là les attributs d'une bonne santé, que je vais étudier l'état morbide dépendant.

La première remarque porte sur la brièveté de l'intervalle qui sépare le moment de l'application de la cause, et celui de l'apparition des symptômes. Cet intervalle n'existe pas, et les symptômes se montrent instantanément lorsque le stimulus déprime l'action vitale et atteint du premier coup une énergie puissante : telle est, par exemple, la commotion. Les stimulus qui provoquent des réactions n'exigent que le temps nécessaire pour les sentir. Les plus violents sont suivis d'effets très-rapidement formés. Les autres ont des effets prompts ou tardifs, selon que leur action agressive se développe vite ou lentement ; mais toujours, je le répète, l'effet d'une provocation commence à l'instant même où cette provocation est convenablement perçue.

Il suit de là que l'organisme est toujours en mesure de réaliser les états morbides dépendants. Nous verrons qu'au contraire une préparation préalable, parfois très-longue, lui est nécessaire pour réaliser un état morbide indépendant. Il suit de là encore que les états morbides dépendants sont provocables à volonté ; il suffit effectivement de posséder le stimulus et de pouvoir l'appliquer d'une façon convenable ; la sensibilité fait le reste. La formation d'un état morbide indépendant est une chose plus complexe, et très-souvent, les conditions manquant, nous sommes dans l'im-

possibilité de les faire naître, et jamais nous n'y parvenons avec la même assurance.

Voilà certes des caractères distinctifs importants à noter. Nous en trouverons d'autres en poursuivant l'histoire des états morbides dépendants.

Ces états sont locaux ou généraux : locaux, quand la cause provocatrice a une action circonscrite et suscite une lésion qui est tolérée. Alors l'opération pathologique est cantonnée dans une partie en dehors de laquelle le corps vivant paraît indifférent et continue ses fonctions normales.

Les états morbides dépendants peuvent être généraux de deux manières : *indirectement*, quand la provocation détermine une lésion locale qui, grâce à son siége, sa nature ou son degré, n'est pas supportée par l'ensemble ; *directement*, quand celui-ci est attaqué d'emblée sans lésion locale appréciable dans le lieu du conflit.

J'ai dit que les états morbides dont je parle sont attachés à la provocation, et qu'ils naissent et finissent avec elle. Cela est vrai, mais exige des explications.

On objecte les cas dans lesquels, malgré la présence du stimulus, les phénomènes morbides ont disparu provisoirement ou pour ne plus revenir, et d'autres cas où la maladie continue, s'aggrave même, quoique le stimulus n'existe plus. En examinant ces faits de près, nous nous assurerons qu'ils ne contredisent pas la règle.

Les phénomènes morbides provoqués par un stimulus sont d'ordinaire continus. Ils peuvent être intermittents, et leur rapport de dépendance n'est pas pour cela détruit. Les observations ne sont pas très-rares où une balle, comme tout autre corps étranger, a suscité des abcès séparés par des intervalles de longeur variable. Parfois la présence d'une sonde dans les voies urinaires détermine des accès de fièvre périodique, etc. Ce sont bien là des maladies à état morbide dépendant, puisqu'il suffit d'enlever la balle, la sonde, etc., pour que tout disparaisse. L'intermittence des effets est donc chose de pure forme, relativement accessoire ; la cause déterminante est le stimulus provocateur, et il s'agit, sans conteste, d'un état morbide dépendant.

Passons aux cas de guérison, malgré la persistance du stimulus. On les observe quand le stimulus a perdu son pouvoir provocateur, soit parce que la sensibilité des parties s'est émoussée par l'habi-

tude, soit, ce qui est commun, parce qu'un kyste protecteur s'est formé autour de cette épine. Dans les cas de ce genre, celle-ci peut être considérée comme n'existant plus, et la cessation des effets morbides n'a plus lieu d'étonner.

Étudions maintenant les faits contraires, ceux où la maladie survit à l'enlèvement de la provocation. Cela peut avoir lieu de deux manières qu'il importe de distinguer : 1° La maladie, dont le sort était primitivement lié à la cause provocatrice, a rencontré dans le système une prédisposition qui l'entretient; exemple : une phlegmasie purement réactive dans les premiers jours, et perdant ensuite ce caractère par la survenance d'un état morbide inflammatoire, lequel, à partir de ce moment, est la vraie cause et l'indication principale. La maladie a cessé d'être dépendante de la provocation, et la persistance de la phlegmasie ne constitue pas une objection valable.

2° Mais, dit-on, il est des maladies qui sont évidemment dépendantes et qui persistent après l'enlèvement du stimulus, sans qu'on puisse accuser une viciation, une complication quelconque venant de l'ensemble. Ce fait fréquemment observé rentre dans la règle; la preuve est facile à donner.

Soit un corps étranger introduit dans nos tissus et y provoquant une phlegmasie. Le corps étranger est enlevé, mais trop tard. Déjà la phlegmasie qu'il a provoquée s'est fortement établie, son mouvement ascendant l'entraîne inévitablement, soit à la suppuration, soit à la gangrène. Tout le monde sait que, parvenue à un certain degré, une lésion doit, avant de rétrograder, accomplir son évolution entière. Il peut très-bien en être ainsi des maladies dépendantes, sans qu'elles changent pour cela de caractère. La phlegmasie survivant au corps étranger est toujours réactive ; seulement le stimulus qui l'entretient n'est plus le même. Il est remplacé par un autre constitué par les altérations organiques de la phlegmasie. La congestion, les stases sanguines, etc., sont autant d'épines à la présence desquelles le sort de la phlegmasie est attaché ; pour que celle-ci cède, il faut que ces épines disparaissent ou perdent leur pouvoir agressif. Il est toujours bien entendu qu'il s'agit d'une phlegmasie ayant sa raison d'être dans les parties qui en sont le siége, et non dans une viciation de l'ensemble.

Reconnaissons donc que le travail morbide suscité par un stimulus externe peut amener des altérations organiques qui, arrivées

à un certain degré d'avancement, persistent et continuent l'action provocatrice. Le diagnostic de cette phase nouvelle de la maladie est d'un grand intérêt thérapeutique.

Les explications que je viens de donner éclairent la pathogénie des maladies dépendantes et répondent victorieusement aux objections énoncées tout à l'heure.

La bénignité, la gravité, la léthalité des maladies dépendantes sont en rapport avec les circonstances de l'événement, dont voici les principales : espèce et énergie de la cause provocatrice ; facilité ou difficulté de son élimination naturelle ou artificielle ; temps pendant lequel cette cause a agi ; désordres matériels qu'elle a produits ; impression qu'elle a faite sur la sensibilité ; importance instrumentale ou sympathique des parties lésées; nature, étendue, degré de la lésion provoquée ; tendance conservatrice ou non des faits pathologiques survenus. Le lecteur trouvera sans peine des exemples à l'appui de ces généralités. Entre les cas extrêmes de bénignité et de gravité, on découvre une multitude de cas intermédiaires, variant selon que les circonstances favorables ou funestes se rencontrent associées.

Le diagnostic des maladies dépendantes est, pour l'ordinaire, facile, surtout si la provocation vient de l'extérieur. L'important est d'être bien renseigné sur ce qui s'est passé. On conçoit que l'erreur est possible. Une investigation insuffisante ne permet pas de reconnaître le stimulus. Les effets de ce stimulus ont une forme insolite, et l'on cherche mal à propos ailleurs la cause de la maladie. On ne diagnostique pas toujours, en effet, du premier coup la vraie nature des accès périodiques dépendant de la présence d'une sonde dans l'urètre. On n'accorde pas à une émotion morale la valeur pathogénique qu'elle a en réalité, et cependant cette émotion morale, chez une femme en couche, peut être la cause déterminante d'accidents spasmodiques, d'une métrorrhagie, etc. Quand le stimulus est d'origine interne, son diagnostic peut être tellement malaisé, qu'il défie la sagacité la plus expérimentée et la plus habile.

Plusieurs stimulus peuvent agir simultanément ou par succession ; une évaluation comparative est alors nécessaire, et la difficulté du diagnostic augmente d'autant.

La maladie dépendante ayant pour raison d'être une cause provocatrice, l'indication est d'enlever cette cause. Celle-ci consiste,

on s'en souvient, d'abord dans le stimulus provenant du milieu externe ou interne, et ensuite dans l'altération organique. De là, deux choses à faire : 1° enlever le stimulus, indication toujours présente et qui suffit à la guérison si l'on s'y prend à temps ; 2° corriger les altérations des organes attaqués, indication d'autant plus importante que le dommage subi par les parties a été plus prononcé. Elle reste la seule ressource quand le stimulus initial n'est pas à la portée de nos agents thérapeutiques.

Les maladies à état morbide dépendant sont les plus anciennement connues, les plus intelligibles quant à leur mode de formation et à leur thérapeutique. Elles constituent le domaine chirurgical. C'est la partie de la médecine la plus facile, et pour ce motif on la présente aux élèves en premier lieu.

M. Lordat a donné une idée exacte de cet ordre de maladies à l'aide d'une comparaison tirée du moral. Le sentiment subit et irréfléchi qui nous entraîne à la suite d'une injure est l'analogue des états morbides dépendants. Ainsi, gravement insultés, nous sommes emportés par la colère, bien que cependant nous ne soyons pas enclins à cette passion. De même, quand, à la suite d'une blessure, des accidents morbides éclatent dans une partie et dans l'ensemble, il n'y a pas lieu d'invoquer une viciation préalable de l'organisme. L'impression sentie, le trouble apporté brusquement par la lésion instrumentale et par les sympathies, suffisent pour tout expliquer. Un faible stimulus comme une faible injure peuvent avoir ou ne pas avoir des effets, selon le plus ou le moins de susceptibilité du sujet. Mais quand la provocation est énergique, l'impassibilité est l'exception, et nous sommes tous à peu près égaux devant les agressions violentes. C'est pourquoi, ainsi que je l'ai dit, nous pouvons réaliser à volonté les maladies à état morbide dépendant.

Les facultés mises en jeu dans les maladies étant incessamment aptes à entrer en exercice, sont naturellement celles qui se rattachent de plus près aux facultés hygides, et ici les rapports entre les deux physiologies sont manifestes. On peut, avec les restrictions qui seront plus tard mentionnées, considérer les maladies à état morbide dépendant comme des modifications de la quantité hygide, exaltation ou abaissement de cette action. Je puis donc, dans une vue générale, ramener les états morbides dépendants à l'une ou à l'autre de ces situations, ou à leur combinaison,

et adopter une division en deux grands groupes, l'un comprenant les états morbides par abaissement (*maladies subactives*), et l'autre comprenant les états morbides par suraction (*maladies réactives*).

§ I. De la subaction et des maladies subactives.

La maladie étant un fait vital, l'effort caractéristique de la présence de la vie doit toujours s'y trouver à un degré quelconque. La subaction ne peut donc être qu'un décroissement, et non l'absence d'action.

Il y a des subactions hygides. Le propre des actes physiologiques est l'intermittence. Considérés dans leur ensemble, dans leurs relations, ils présentent des balancements alternatifs de l'activité qui se déplace, diminue dans un lieu, pour se concentrer ailleurs. Mais cette activité n'est qu'amoindrie ou autrement employée. Le cœur n'est pas inerte après sa contraction, ni le cerveau pendant le sommeil, ni l'estomac en dehors de la digestion, etc., etc. Le repos, à vrai dire, est un changement d'action. Toutefois, à en juger par les faits, l'organe déploie alors moins d'énergie qu'auparavant. Ces subactions font partie obligée des fonctions de la santé ; elles se montrent et disparaissent avec un ordre parfait.

Dans les subactions morbides, l'organisme, descendu au-dessous du ton normal, ne présente que les signes, les effets d'une moindre action de la part de la force vitale. Il n'en est pas ainsi dans les réactions : celles-ci sont marquées par une augmentation de l'activité permettant l'accomplissement d'un travail nouveau, extra-hygide.

Les subactions morbides arrivent de plusieurs manières. Une fonction est amoindrie, parce que le stimulus nécessaire à l'organe est insuffisant. C'est l'air qui ne satisfait pas complètement les besoins du poumon ; c'est l'aliment qui manque à l'estomac, l'exercice aux muscles, etc. Les maladies qui viennent de là ont été distinguées justement par M. Lordat et appelées par lui *maladies par carence*.

La subaction est la conséquence d'une lésion antagoniste de l'action vitale. Cette lésion est anatomique ou simplement dynamique.

Dans le premier cas, l'agent nuisible est mécanique ou chimi-

que. L'action mécanique produit une solution de continuité (plaie, contusion); elle amène seulement un ébranlement général des molécules (commotion). L'action chimique domine dans l'escarrification, suite de la prépondérance des affinités brutes sur les affinités vivantes, ainsi que cela arrive au contact de la potasse caustique, par exemple, avec nos tissus et nos liquides.

Après les lésions de ce genre, deux sortes de subaction ont lieu : l'une, vraiment morbide, est le résultat de l'impression sentie par le système entier; elle existe toujours, mais n'est accusée et ne mérite considération que dans les grands traumatismes. La réaction la fait cesser; sans cette réaction antagoniste, la mort surviendrait inévitablement. L'autre subaction, conséquence nécessaire de la dégradation, est proportionnelle au dommage subi par l'instrument et à l'importance de cet instrument dans le mécanisme de la vie. Les lésions matérielles se forment autrement que par ces procédés physique ou chimique. Nos parties, chacun le sait, sont atteintes dans leur structure anatomique, par le fait de l'évolution d'une maladie. La subaction ayant pour raison d'être une lésion instrumentale, se rencontre dans les maladies *réactives*, dans les maladies *affectives*, comme dans les *subactives*, aux époques avancées de l'évolution morbide, en qualité de cause ou d'effet, souvent l'une et l'autre. On conçoit combien il est utile de connaître le rôle qu'elle remplit, selon les cas.

Jusqu'à plus ample informé, on doit considérer comme étant formées dynamiquement les subactions déterminées par la respiration des gaz méphitiques et par les agents qui amènent ce qu'en toxicologie et en pharmacologie on peut appeler asthénisation.

Les passions dépressives peuvent être suivies également de subactions morbides.

Enfin, une excitation durant longtemps surmène les organes, use leur énergie disponible, et est remplacée par un état morbide contraire.

Les subactions comprennent tous les affaiblissements présentés par une fonction tombée au-dessous du degré normal, depuis le moment où elle est à peine empêchée jusqu'à son éclipse totale. Dans ce dernier cas, asphyxie, paralysie, la subaction est évidente; il faut apprendre à la chercher dans les maladies où le diagnostic en est plus difficile; par exemple, beaucoup de vertiges, de lypo-

thymies, certaines congestions dues à la faiblesse de la motilité vasculaire, de l'innervation générale.

La subaction à état morbide dépendant se reconnaît à ceci qu'elle disparaît ou tend à disparaître quand, le sujet étant soustrait à l'influence de la provocation, l'impression hyposthénisante est dissipée.

Pour guérir une maladie *par carence*, il suffit de rendre l'air, l'aliment, etc., à doses et qualités convenables. Le mouvement moléculaire perturbateur étant épuisé sans laisser après lui de désordre grave, les parties atteintes de commotion reprennent progressivement la plénitude de leur activité première. Éliminez le poison, le médicament narcotique, et à partir de ce moment la subaction se dissipe.

La subaction, conséquence obligée d'une lésion qui rend l'instrument impropre à sa fonction, persiste, cela va de soi, jusqu'au rétablissement des conditions organiques indispensables. Toute action pathologique ayant disparu, l'organe peut avoir été réparé ou suppléé d'une façon insuffisante, et alors le sujet guérit, au prix d'une infirmité.

Il se peut enfin que la subaction réveille et transforme en maladie une prédisposition existant déjà. On fera, dans l'appréciation des événements subséquents, la part qui revient à cette dernière.

L'infirmité, telle que je l'ai étudiée plus haut, présente des imperfections, des abolitions fonctionnelles; mais il y a entre elle et la subaction morbide une différence radicale, c'est que dans l'infirmité, la force vitale est partout à l'état normal; il n'y a qu'un organe défectueux, un mauvais instrument. Dans la subaction morbide, au contraire, la force vitale, sortie de la voie hygide, peut s'en éloigner de plus en plus ou y retourner.

La subaction est générale ou locale. La première peut être portée à un point tel, qu'elle est incompatible avec la vie, qui s'éteint nécessairement. Une foule de situations intermédiaires existent entre ces morts rapides et un sentiment de défaillance à peine appréciable.

Les conséquences des subactions varient selon la brusquerie, la nature, l'énergie de la provocation, selon les désordres qu'elle a laissés dans l'organe, l'importance de cet organe, selon l'impressionnabilité, la force de résistance du sujet. D'après cela, le pro-

nostic est loin d'être toujours le même ; je me contente d'indiquer les idées générales qui servent à l'asseoir. Nous verrons bientôt que la subaction est une des causes provocatrices de la réaction.

Les indications thérapeutiques de la maladie subactive se présentent d'elles-mêmes. La première, et sans contredit la plus importante, est de supprimer, d'atténuer autant que faire se peut la lésion initiale. La seconde indication consiste à exciter les facultés vitales ; les agents stimulants, et, au besoin, les moyens propres à réconforter le moral, sont employés à cet effet.

Les efforts pour relever le ton vital sont toujours nécessaires. Nous en sommes à peu près réduits là quand il existe un traumatisme matériel dont la restauration exige un temps plus ou moins long, quand l'agent hostile, un poison par exemple, a pénétré dans les secondes voies. Le meilleur traitement consiste à susciter un mouvement contraire à celui de la subaction.

La subaction, dont le sort est attaché à une influence provocatrice, est, de toutes les maladies, la plus facile à comprendre, à traiter, sinon à guérir, Elle consiste dans un amoindrissement de la vie par suite d'une action malfaisante appréciable qui la menace. En elle, l'état et l'acte morbides sont si étroitement liés qu'ils ne font qu'un en pratique. S'il en était partout ainsi en pathologie, la distinction des deux choses perdrait son importance.

La maladie subactive est d'ordinaire un événement fâcheux. Dans un concours particulier de circonstances, elle peut pourtant rendre des services. C'est ainsi qu'on a vu la syncope arrêter une hémorrhagie menaçante, retarder le moment de la mort chez un noyé, et prolonger ainsi le temps favorable au traitement. Les cas de ce genre sont rares, et dans l'immense majorité, ces subactions sont nuisibles et veulent être combattues au plus tôt.

Cela n'empêche pas que la subaction artificiellement provoquée occupe une grande place parmi les moyens thérapeutiques. L'expérience a montré ses avantages pour diminuer une excitation trop grande, pour obtenir des réactions salutaires. Journellement nous prescrivons en ce sens l'abstinence, les évacuations sanguines, les réfrigérants, les médicaments tempérants, émollients, narcotiques, antispasmodiques, contro-stimulants. L'emploi des anesthésiques chez les sujets qu'on va opérer est encore un exemple frappant de l'utilité de la subaction provoquée opportunément et avec mesure.

§ II. De la réaction et des maladies réactives.

Le mot réaction, emprunté au vocabulaire physico-chimique, a exprimé d'abord l'action qu'un corps oppose à un autre corps qui agit sur lui. L'analogie de ce fait avec certains de l'ordre moral a été vite aperçue. Un individu gêné dans sa liberté déploie son énergie pour vaincre la puissance qui l'opprime, et l'on a dit justement qu'il réagissait. Les mêmes motifs ont légitimé l'usage du mot réaction, pour désigner les actes du corps vivant marqués visiblement d'un pareil caractère de résistance et d'opposition.

Les physiologistes qui nient absolument la spontanéité de la vie, affirment que les actions morbides comme les hygides sont toujours la conséquence d'un stimulus, hostile dans le premier cas, bienfaisant dans le second. A ce compte, l'organisme tirerait du dehors son principe d'activité. J'ai combattu ce sentiment, et j'y reviendrai à propos des affections. Selon moi et dans l'état actuel de la science, on ne peut soutenir que toute maladie est provoquée, et nous verrons, quand nous étudierons l'Étiologie, que la provocation ne fournit rien de plus qu'une incitation, le corps ayant en lui la capacité nécessaire pour agir. Il est encore plus inexact d'aller jusqu'au bout et de dire que les modalités vitales sont, comme en physico-chimie, le produit en part égale de deux termes agissant l'un sur l'autre dans un rapport proportionnel et nécessaire.

Malgré ces restrictions légitimes, la provocation remplit un rôle considérable en pathologie. Lorsqu'on la comprend bien, elle ne contredit nullement le dogme fondamental de la spontanéité vitale.

Le chiffre des maladies réactives est considérable ; il importe donc d'apporter de l'ordre dans leur étude, et de mettre à part celles dont la nature propre offre une différence qui peut être sérieuse en thérapeutique.

Il n'est question ici que des réactions attachées à la présence d'une cause provocatrice appréciable. Les autres font partie des affections.

Les réactions dépendantes sont généralement connues sous le nom de maladies réactives. On les appelle ainsi parce qu'elles s'éloignent le moins de l'idée qu'on s'est primitivement faite de la réaction, à savoir : une action antagoniste, proportionnelle, survenant en vertu d'une autre action. Dans la causalité vitale, rien

n'est nécessaire, et l'on considère comme réaction tout accroissement d'activité ostensiblement lié à un stimulus hostile.

L'accroissement d'activité ne donne pas l'idée entière de la nature des réactions. La réaction n'est pas le produit de l'addition d'unités toujours les mêmes; il s'y ajoute quelque chose qui donne un cachet particulier à chaque espèce de réaction. Broussais avait tort de croire que l'excitation commune expliquait toutes les suractions hygides et pathologiques. La douleur n'est pas seulement l'augmentation de la sensibilité, car elle ne se distinguerait pas du plaisir, où l'on rencontre pareillement cette augmentation. Il y a donc dans la douleur, dans le plaisir, un état qualitatif spécial qui différencie et caractérise ces deux sensations. La phlegmasie, forme si fréquente des réactions morbides, n'est pas davantage l'action normale multipliée par elle-même; la phlegmasie est un *processus* qui se distingue des autres plus encore par la qualité que par la quantité de l'action. Il est certain toutefois qu'on trouve de la suraction dans une réaction quelconque, suraction qui peut être nerveuse, vasculaire, sécrétoire, phlegmasique ou simplement fluxionnaire. La suraction est donc un trait commun à tout ce qui est réaction. La maladie réactive est donc aussi une maladie par suraction et dépendante. La suraction comme la subaction se retrouvent amplement dans les maladies indépendantes, mais avec des caractères différents que nous indiquerons bientôt.

La réaction suscitée par un stimulus irritant et suffisamment énergique, n'a pas besoin de beaucoup de temps pour se constituer. Toutefois un certain intervalle, très-court quand le stimulus est puissant, sépare toujours l'impression morbifique et les premiers symptômes. Les phénomènes de sensibilité se manifestent d'abord; immédiatement après commencent les phénomènes de motilité; les phénomènes de plasticité, quand la substance des parties est modifiée, viennent en dernier lieu. Tout retard dans l'apparition des symptômes s'explique par la faiblesse du stimulus ou par un abaissement de la sensibilité. Un vésicatoire agit plus lentement qu'un sinapisme, l'huile essentielle de moutarde infiniment plus vite que la moutarde. Tout le monde sait que, dans les périodes avancées des maladies asthéniques, la rubéfaction, la vésication exigent une application plus longue du stimulus, et sont impossibles aux approches de la mort, par suite de l'incapacité de la

surface sentante. En invoquant cette imperfection de la sensibilité, on fait disparaître ce que le fait suivant présente d'étrange au premier abord:

« Un jeune homme, dans un accès de manie furieuse, se donna plusieurs coups de couteau, dont les plaies restèrent quinze jours pâles et béantes, sans aucune marque d'inflammation, sans aucun travail de réunion, semblables aux plaies qu'on ferait à un cadavre, jusqu'à ce que la fureur fût calmée [1]. »

Ici l'organisme vivant tout entier étant fortement occupé par le travail maniaque, la sensibilité s'était retirée des parties blessées à un degré tel, que la réaction ne pouvait se faire. Quand la fin de l'accès a permis la restitution de la sensibilité organique, l'impression hostile a été possible, et la réaction s'est opérée selon la manière habituelle. Quelque long que soit le retard, il n'y a dans ce cas et dans les analogues qu'insuffisance, absence d'action, ce qui ne ressemble en rien à l'incubation, opération dans laquelle l'organisme déploie une incontestable activité.

Le mécanisme des réactions est multiple. Je dois faire connaître les principaux.

La réaction la plus simple, la plus concevable, celle qui justifie le mieux son nom, est celle qui survient après une subaction. Par le fait seul de l'abaissement de ses facultés, la vie, restée encore assez puissante pour cela, s'efforce de les relever. Trop souvent elle dépasse le but et les porte au-delà du nécessaire. A un froid déprimant succède une chaleur exubérante. La subaction traumatique cède la place à une expansion fébrile, etc. Ce sont là tout autant de réactions qui, hygides ou pathologiques, s'épuisent d'elles-mêmes lorsque rien de vicié dans le sujet ne les fait dévier, et que la réparation est obtenue.

Dans une autre série de cas, la réaction est produite sous l'influence d'un agent dont le contact blesse la sensibilité d'un organe. Ces agents méritent l'épithète commune de *stimulants*; mais la nature de l'irritation provoquée n'est pas semblable dans chacun. Selon cette nature propre, selon leur énergie, selon les parties qu'ils atteignent, les stimulants suscitent des scènes nerveuses, vasculaires, phlegmasiques. L'agent morbifique peut provenir de l'organisme lui-même : c'est un os luxé, fracturé, qui blesse les

[1] Prathernon; *Essai sur les fièvres et les empoisonnem. miasmatiques*, pag. 21.

parties par sa configuration physique; c'est un liquide sorti de ses voies naturelles qui irrite les tissus non habitués à son contact; ou bien ce liquide, altéré dans sa composition, a acquis des propriétés irritantes; ce sont des lésions que l'évolution avancée de la maladie a fait naître au sein des organes. Que ces stimulus disparaissent, et la réaction, n'ayant plus de raison d'exister, disparaît à son tour. Ces cas sont depuis longtemps reconnus et admis. En voici d'autres qui, quoique différents à plusieurs égards, ont les qualités essentielles de la réaction, et doivent être inscrits sous le même titre.

L'hyperesthésie, le spasme, la convulsion, suscités et entretenus par un stimulus d'origine externe ou interne, présentent les caractères de la réaction, puisqu'il y a dépendance et accroissement de l'action vitale. J'en dis autant de l'hydropisie liée à une lésion de la circulation. La suffusion séreuse doit être considérée comme l'exagération morbide d'une faculté hygide, tant qu'il ne sera pas démontré qu'elle est le produit de la tamisation mécanique de la partie la plus fluide du sang. Au point de vue du traitement, je vois des avantages et pas d'inconvénients sérieux à placer parmi les réactions les hydropisies symptomatiques d'une lésion du cœur.

A mes yeux, sont encore des réactions, les actes synergiques ayant pour but la restauration d'une partie divisée physiquement, chimiquement, ou bien l'expulsion d'un corps étranger. Ce travail médicateur n'a pas d'autre raison d'être que la dégradation survenue; personne ne doute que ce ne soit une maladie, car il s'accomplit évidemment à l'aide d'actions extra-hygides et par conséquent pathologiques. Il y a certes excitation du ton vital, dans les cas où il n'y a pas même phlegmasie. Ce sont donc autant de maladies réactives marquées par leur caractère de tout point médicateur, et que pour ce motif il convient de classer à part.

Ainsi, subaction, agent irritant, altération organique amenée par un travail morbide ou d'origine traumatique, telles sont les principales causes provocatrices des réactions.

Les réactions diffèrent entre elles selon le mode d'agir de leur provocation.

Celles qui viennent de la subaction présentent des phénomènes opposés à cette dernière. La chaleur succède au froid, l'agitation fébrile à la torpeur vasculaire; la douleur, la fluxion sanguine, à

l'anesthésie, à l'anémie, suites de l'application prolongée du froid, d'un styptique puissant, etc.

Les réactions provoquées par un agent stimulant sont les plus fréquentes, les plus variées. Les agents de ce nom ne sont pas, il s'en faut, identiques. Il est impossible de donner ici, même sommairement, une idée de chacun d'eux. Néanmoins on peut les diviser de la manière générale suivante :

Beaucoup de stimulus, différents à d'autres points de vue, sont semblables en ceci qu'ils provoquent tous l'excitation franche caractérisée par la suraction de l'appareil vasculaire. Les uns, introduits dans le corps, suscitent la fièvre ; les autres, appliqués sur les tissus, donnent lieu à des fluxions phlegmasiques. Ces cas ont assez de ressemblances, quant à l'étiologie, aux lésions, aux symptômes, au traitement, pour justifier le parti qu'on a pris de les réunir en une série homogène sous l'étiquette de réactions *communes*. Là sont comprises la fièvre, la fluxion, la phlegmasie réactives, dénuées de tout mélange, de toute complication.

A la suite des réactions communes, je place les réactions dites *spéciales*. Celles-ci sont notablement différentes ; elles constituent un groupe considérable et tellement mêlé, qu'on ne peut en donner une description générale. Chacune veut être étudiée pour son compte. Toutefois le lecteur en prendra une notion suffisante, moyennant quelques subdivisions portant sur les principales.

L'excitation se trouve partout à des degrés plus ou moins prononcés, mais elle n'est pas franche et essentiellement vasculaire. La fluxion, la phlegmasie sont irrégulières dans leur physionomie, dans leur marche, dans leur dénoûment, et s'accompagnent souvent de phénomènes indiquant une lésion des centres nerveux. Dans plusieurs espèces, l'appareil vasculaire paraît hors de cause, et tout se passe dans le département de la sensibilité, de la motilité. Certains stimulus ont la propriété d'atteindre le même organe d'une manière élective, quel que soit le lieu de l'application.

Je cite comme exemples de réaction spéciale celles qui sont provoquées par la cantharide, le camphre, les agents dits narcotico-âcres, la noix vomique, les venins, etc. L'épithète *spéciale* s'applique également aux réactions qui, en vertu d'une idiosyncrasie, prennent la forme insolite d'une affection : accès de fièvre périodiques suscités par une sonde dans l'urètre, attaques épileptiformes dues à des vers intestinaux, pseudo-érysipèles survenant

à la suite de l'ingestion de certaines substances médicamenteuses, alimentaires, etc. L'expression symptomatique insolite dépend moins dans ces derniers cas de la nature de l'agent que de la façon particulière dont il est senti; ces réations simulent les affections, et deviennent plus d'une fois de vraies affections, ainsi que je le dirai bientôt.

Les réactions provoquées par l'altération d'un organe et de sa fonction varient selon l'intensité, l'étendue, la nature de l'avarie, et selon le genre de sensibilité du sujet. Les causes provocatrices de cette catégorie sont nombreuses. Souvent, sans qu'on s'en doute, le sort d'une maladie obstinée est attaché à leur présence. La constipation, l'aménorrhée, l'embarras des canaux conducteurs de la bile, un embarras de la circulation, et une foule d'autres imperfections fonctionnelles, sont le point de départ de maladies diverses dont l'indication capitale est inconnue, si l'on ignore qu'elles sont dépendantes, et de quoi elles le sont.

Il importe de distinguer les réactions qui, dans une conjoncture donnée, ont un caractère utile : c'est ainsi qu'une fluxion hémorrhagique qui supplée à la menstruation, doit être respectée jusqu'au rétablissement de cette dernière. On se garde bien de combattre la suraction qui vient en aide au cœur atteint d'insuffisance valvulaire, etc., etc.

Ce caractère d'utilité est évident dans les synergies restauratrices des parties blessées. Rien ne ressemble comme elles au fonctionnement hygide, quand aucune complication ne vient s'y mêler. Ces phénomènes se succèdent dans le meilleur ordre ; la douleur est nulle ou modérée, il n'y a point de retentissement dangereux. Le travail morbide se compose uniquement d'une fluxion légère avec sécrétion de la liqueur du sang, laquelle s'organise de manière à souder les tissus divisés, à reproduire ceux qui peuvent l'être, tout cela d'une façon semblable à ce qui se passe pendant la période embryogénique. La phlegmasie est un obstacle qui doit disparaître pour que la cicatrisation se fasse. La réunion par seconde intention est bien nommée ; le premier effort ayant échoué par l'immixtion de la phlegmasie, un second est nécessaire pour la production du plasma organisable. L'expulsion d'un corps étranger a lieu, ou bien par le procédé ulcératif, ou bien par le procédé phlegmasique, quand le premier n'est pas possible.

La réaction est très-souvent locale. J'ai dit plus haut à quelles conditions elle était générale.

Les cas d'une même réaction se multiplient autant qu'il y a de sujets soumis à la même cause provocatrice. Des personnes vivant en commun, une localité entière faisant usage d'aliments avariés, de boissons frelatées, il peut en résulter une maladie réactive populaire, mais non épidémique. Nous verrons plus tard que cette dernière épithète est seulement applicable aux affections.

La bénignité, la gravité des réactions morbides sont très-variables, depuis l'excitation à peine fébrile qui suit un léger excès de boisson alcoolique, jusqu'à la péritonite, la méningite traumatiques. Le pronostic s'établit d'après le siége du mal, d'après la nature, le degré d'avancement, la simplicité, la complication de ce mal, d'après les facilités, les difficultés rencontrées pour l'élimination du stimulus provocateur.

Certains stimulus s'éliminent aisément et d'eux-mêmes ; tels sont les excitants dits diffusibles : alcool, éther, chloroforme, etc. Leurs effets sont, pour ce motif, de courte durée. Les autres stimulus agissent graduellement et lentement, et les effets une fois constitués, sont persistants. Les poisons introduits par la bouche peuvent être expulsés à l'aide d'un émétique, d'un purgatif, ou bien être transformés en substances innocentes par le mécanisme des contre-poisons.

Les corps étrangers qui ont pénétré dans les tissus sont, selon les cas, d'une extraction facile, difficile, impossible; circonstance qui influe beaucoup sur la durée, sur la gravité de la réaction.

Les réactions réparatrices sont longues ou courtes en proportion du dommage à réparer, de l'énergie plastique du sujet.

Les réactions qui dépendent d'un empêchement fonctionnel varient comme cet empêchement et en sont solidaires.

L'expérience prouve que les stimulus fixes perdent leurs qualités hostiles par l'assuétude. C'est ainsi que s'apaise et tombe la réaction provoquée par la tête d'un os luxé.

Les corps étrangers dont la nature vivante s'isole en formant autour d'eux un kyste protecteur, acquièrent ainsi le privilége de devenir inoffensifs, si les circonstances du milieu sont favorables.

Toute provocation agissant d'abord sur la sensibilité, les phénomènes se déroulent dans l'ordre suivant : ils sont d'abord ner-

veux, puis vasculaires, et enfin plastiques. Tous ne se dissipent pas avec la même rapidité ; les plus prompts à s'éliminer exigent encore un certain temps, nécessaire à l'épuisement de l'impulsion donnée. C'est ainsi que l'émotion de l'âme ne disparaît pas avec la cause perturbante. Dans l'ordre physique, un corps mis en mouvement acquiert de même, par la vitesse, une accélération qui lui fait dépasser la limite où il devrait s'arrêter, si l'on tenait seulement compte de la force qui l'a poussé.

La réaction dans laquelle la sensibilité seule a été mise en jeu guérit le plus vite ; les actes morbides de mouvement sont moins prompts à disparaître, surtout si ces mouvements portent sur l'appareil vasculaire. Les effets plastiques, naturellement, sont les plus lents à s'effacer.

Un fait vulgaire servira d'exemple : une épine a pénétré dans les chairs ; on l'enlève, et on se demande combien de temps la réaction durera. Cela dépend du moment où l'extraction a été faite. N'y avait-il encore que douleur, tout est revenu à l'état normal au bout de peu de temps. Ce temps est un peu plus long si des actes spasmodiques ont accompagné l'hyperesthésie. Une fluxion est-elle survenue, des mouvements rétrogrades sont nécessaires pour débarrasser la partie des matériaux liquides accumulés. La fluxion a-t-elle pris le caractère décidément phlegmasique, ce travail rétrograde dont je viens de parler exigera plus de temps, et selon le degré plus ou moins avancé de la phlegmasie, celle-ci reculera ou bien ira jusqu'à la résolution, jusqu'à la suppuration. L'évolution des phénomènes suscités par l'impulsion provocatrice étant accomplie, tout rentre dans l'ordre. Si la maladie persiste, la maladie est plus que réactive ; on doit croire à une viciation de l'ensemble.

La même provocation ayant agi sur plusieurs individus, les conséquences ne sont pas toujours semblables. Il y a des natures impressionnables, d'autres apathiques et des idiosyncrasies excentriques. Les premières s'émeuvent pour de petites causes, et réagissent plus fortement qu'à l'ordinaire. Les secondes tolèrent beaucoup ; leurs réactions restent cantonnées dans les parties blessées, ou bien n'ont qu'un retentissement modéré. Celui-ci répond à la provocation par l'hyperesthésie, par le spasme ; celui-là par la fièvre, par la phlegmasie. Chez certains, tout se passe comme à l'ordinaire, sauf que les actes morbides sont intermittents. Une balle, par exemple, provoque des abcès à des épo-

ques diverses, parfois séparées par un long intervalle de santé complète.

Il n'est pas rare que la forme de la réaction soit complètement changée. Ce sont des accès de fièvre correctement périodiques, ou bien des attaques simulant l'asthme, l'épilepsie, etc. Le diagnostic est alors embarrassant, surtout si le stimulus provocateur est d'origine interne: vers intestinaux, productions plastiques morbides, etc.

Dans tous les cas, bien que la réaction survive un temps à sa provocation, elle dépend en définitive de cette dernière. C'est un mouvement qui, né sous l'influence d'un stimulus appréciable, s'épuise et prend fin quand cette influence a cessé, parce qu'il ne trouve dans l'organisme libre de toute viciation aucun motif de se prolonger. Les choses sont tout autres lorsque les conséquences de la réaction rencontrent une prédisposition générale qu'elles font mûrir ; alors, une maladie commencée comme réaction prend en tout ou en partie le caractère affectif. C'est une transformation lorsque la réaction épileptiforme devient une véritable épilepsie ; c'est une complication quand un traumatisme suscite une affection inflammatoire, bilieuse, intermittente, etc., apportant, avec ses périls, des entraves à la réaction restauratrice.

Le diagnostic des réactions est la conclusion d'un raisonnement fondé sur les données étiologiques, sur la susceptibilité, les aptitudes du sujet, sur les actes morbides observés. Quand ces données sont bien connues, et leur part convenablement faite, le diagnostic est aisé. Mais assez souvent l'une ou l'autre échappe à notre investigation, ou bien à notre appréciation, et l'erreur est inévitable. La prudence veut qu'on ne se prononce qu'après avoir usé de tous les moyens d'information. Après un excès dans le boire et le manger, un homme a la fièvre ; est-ce une simple réaction ? Oui, si à mesure que les stimulus provocateurs sont éliminés la fièvre cède. Persévère-t-elle, s'accroît-elle au contraire, il y a lieu de croire que le mal a pris le caractère affectif, soit par transformation, soit par complication. On constate, chez un épileptique, des vers ou bien une tumeur située sur le trajet d'un nerf ; si l'épilepsie disparaît après un traitement vermifuge efficace, après l'enlèvement de la tumeur, c'était une réaction. Si les attaques continuent sans qu'on puisse découvrir un stimulus provocateur quelconque, l'épilepsie doit être considérée comme une affection.

Dans les cas de ce genre, il faut étudier longuement le malade avant de se prononcer.

Gardons-nous de croire que toute réaction réclame les antiphlogistiques, sous prétexte que, d'une façon ou d'une autre, il s'y trouve un accroissement de l'action vitale. Beaucoup, à l'instigation de Broussais, le pensaient naguère. On est maintenant revenu de cette erreur. J'ai dit que dans la réaction il y avait souvent autre chose qu'une simple excitation. La réaction ne donne pas, il s'en faut, la mesure des forces du sujet. Une réaction violente chez un sujet très-faible n'est pas rare. La susceptibilité n'est pas du tout le *robur* vital. Le propre de la vraie force est de rester indifférente à l'encontre des provocations, et, quand celles-ci dépassent toute tolérance, de ne réagir qu'autant que cela est nécessaire pour la restauration. L'indication qui se tire de la mauvaise constitution du patient exige satisfaction ; quant aux indications fournies par les actes réactifs, elles varient autant que ces actes eux-mêmes. On traite différemment la réaction nerveuse, la fluxionnaire, la phlegmasique, l'hémorrhagique, etc.

Très-souvent les réactions sont de pure sympathie, de souffrance. Loin de contribuer à la guérison, elles l'entravent et constituent le principal du danger. Telles sont la plupart des réactions suite d'un empoisonnement ; le délire nerveux, les convulsions, le tétanos suscité par un traumatisme, la fièvre allumée par une lésion d'organe, etc. L'optimisme naturiste a beau y voir des traces d'une action médicatrice, l'expérience les montre essentiellement funestes ; il faut s'efforcer de les arrêter au plus tôt. La tolérance, l'enkystement, et par-dessus tout la neutralisation, l'élimination de l'agent provocateur, voilà ce qui convient. Tout désordre qui fatigue, use les forces, qui altère la substance des organes sans avantage aucun, devra être prévenu avec soin et énergiquement combattu quand on n'aura pu l'éviter.

La modération des actes réactifs est toujours souhaitable, et d'avance on travaille à l'obtenir, en abaissant l'irritabilité du sujet par une hygiène sédative, au besoin par les calmants pharmacologiques, par les évacuations sanguines. C'est la pratique de tout temps adoptée à l'égard des blessés. Préparer un sujet à une opération chirurgicale, c'est le placer artificiellement dans des conditions telles que sa sensibilité soit autant que possible ménagée, et que la partie dangereuse, inutile, de la réaction lui soit épargnée.

Il ne faut pas toutefois tomber dans l'excès contraire. N'oublions pas qu'un malade quelconque subit une épreuve qui, pour être menée à bonne fin, exige une bonne situation des forces, et que les réactions médicatrices veulent être poussées jusqu'au degré d'activité suffisant pour que le but soit atteint.

En résumé, le traitement d'une maladie réactive comprend celui de la cause provocatrice, celui de la réaction. L'indication première est d'éliminer la cause provocatrice; mais comme fréquemment elle ne peut être remplie, ou bien ne l'est qu'imparfaitement, ou bien ne l'a pas été en temps opportun, il en résulte qu'alors les indications tirées de la réaction sont la seule ressource thérapeutique qui reste.

Je crois inutile d'insister sur les rapports de succession déjà indiqués entre la subaction et la réaction. On n'a pas oublié que la subaction appelle la réaction, et que celle-ci, assez énergique, assez longue pour user les forces, amène consécutivement la subaction.

Dans certaines maladies à état morbide dépendant, on observe simultanément des scènes de subaction et des scènes de réaction. Il y a des commotions à la suite desquelles une réaction s'établit, mais cette réaction n'est ni complète ni sincère, car quelques symptômes de la subaction persistent entiers ou à peine effacés. Il n'est pas rare de rencontrer des traumatismes provoquant une réaction fébrile et en même temps la faiblesse, la stupeur. Les empoisonnements par les substances appelées narcotico-âcres offrent un mélange variable de symptômes indiquant, les uns l'élévation, les autres l'abaissement de l'action vitale. Une appréciation comparative fait connaître l'altération dominante; fréquemment on est obligé de faire la médecine des symptômes, et l'on combat celui qui, dans les alternatives de l'évolution morbide, paraît actuellement le plus menaçant.

Le même agent provocateur, selon les doses, selon la manière dont il est senti, peut être hyposthénisant ou excitant. L'arsenic, par exemple, qui d'ordinaire fait naître des réactions, donne lieu à la subaction quand il est pris en quantité considérable, et même, pour certains individus, cette dernière circonstance n'est pas nécessaire. Les acides minéraux énergiques ingérés à grande dose déterminent un collapsus qui est l'indication du premier moment, parce que, s'il continue, ce collapsus sera mortel ; il serait aggravé par un traitement antiphlogistique prescrit avant que la réaction

soit franchement établie. Le tartre stibié, la digitale, personne ne l'ignore, sont sédatifs ou excitants, selon qu'on les administre de telle ou telle manière, dans tel ou tel cas. Le camphre, l'opium et beaucoup d'autres substances, tantôt calment, tantôt excitent, ou bien font l'un et l'autre dans le même temps. Dans les intoxications de ce genre, comme dans toutes les maladies dont la nature paraît présenter des éléments opposés, le pronostic est grave et le traitement difficile. L'éréthisme est parfois porté à un tel degré, que les substances réputées les plus innocentes ne sont pas tolérées et provoquent de vives réactions.

La subaction, la réaction, telles que je viens de les considérer, constituent le fonds principal d'un grand nombre de maladies. Nous les retrouverons dans la catégorie suivante, qui comprend les affections. Subaction, réaction, affection, sont trois ordres d'états morbides auxquels toutes les maladies peuvent être ramenées. Seuls ou associés, ils donnent l'idée la plus générale de l'ensemble de la pathologie.

ARTICLE III. — DE L'AFFECTION ET DES MALADIES AFFECTIVES.

J'appelle *affection* l'état morbide général formé spontanément ou bien émancipé de sa provocation.

Existe-t-il des maladies sans provocation? Oui, si l'on se fie à l'expérience acquise; non, disent ceux qui, refusant au corps vivant la plénitude de sa spontanéité, soutiennent qu'une provocation est toujours indispensable et espèrent que l'observation future prouvera cette nécessité.

Je me range à l'opinion des premiers. En matière de science, on doit se méfier des anticipations, et n'inscrire à son avoir que ce qu'on possède réellement. D'ailleurs, nous le verrons bientôt, dans les deux cas il sera toujours utile de considérer l'affection comme un état morbide distinct. Je dirai, si l'on veut, que certaines maladies naissent sans provocation visible, et il restera vrai qu'il y a des maladies autres que les subactions et les réactions dont je viens de parler.

Sans doute, on note très-souvent une et même plusieurs provocations; mais le fait d'une provocation quelconque ne suffit pas pour que la maladie soit à état morbide dépendant. La provocation peut agir d'une façon différente de celle avec laquelle le lecteur a fait connaissance.

Le caractère des maladies dépendantes est d'être exclusivement formées en vertu de l'impression venue du dehors, de ne contenir que les suites directes de la mutation provoquée par cette impression. En les réalisant, l'économie, contrainte à une obéissance immédiate, emploie des facultés existant d'une façon latente derrière les facultés hygides et en constante disponibilité. Le fait morbide initial ayant pour condition indispensable une cause provocatrice, celle-ci est, en thérapeutique, considérée comme l'objet principal.

Maintenant il n'en va plus ainsi. Le rôle de l'impression déterminante diminue notablement. Nulle part on ne peut, avec elle seule, expliquer les modifications survenues. Cette impression ayant fait son temps, le mal n'en continue pas moins son mouvement ascendant. A une faible provocation succède une grande maladie. La nécessité de la même provocation n'est nullement démontrée. Les maladies que l'on serait tenté d'inféoder à un stimulus puissant, spécifique, à un virus par exemple, prouvent, par des exceptions incontestables, qu'elles peuvent très-bien s'en passer. La possibilité des cas de variole, de rougeole et même de rage, de syphilis sans *contagium* préalable, est un fait à l'abri de toute sérieuse contestation. De même, la fièvre intermittente se montre assez fréquemment, malgré l'absence de l'effluve marématique. En sorte qu'aucune maladie affective ne peut être rattachée à une provocation par un lien nécessaire.

Ces observations restreignent considérablement l'empire de la provocation et avertissent qu'il faut chercher ailleurs la raison des phénomènes morbides. D'après la méthode par exclusion, on est forcé d'invoquer un pouvoir spécial placé entre l'impression excitatrice et les actes morbides, pouvoir qui produit les seconds et est, à beaucoup d'égards, indépendant de la première. Quel peut-il être, sinon la force vitale devenue, en vertu d'une capacité acquise, apte à réaliser par elle-même une opération nouvelle?

Un individu contracte une péripneumonie inflammatoire après s'être exposé au froid, ou bien une fièvre typhoïde à la suite d'une indigestion. Ces maladies suivent leur évolution complète quand la cause provocatrice a cessé. J'affirme qu'elles ne sont pas dépendantes du froid, de l'indigestion. Elles pouvaient s'établir après toute autre provocation, et même sans provocation appréciable. Le froid, l'indigestion ont rempli le rôle modeste attribué

dans les écoles aux *causes* dites *occasionnelles.* S'ils eussent été seuls, il n'y aurait eu ni péripneumonie ni fièvre typhoïde. Leur influence, faible par elle-même, a été décisive, parce que le principal du travail morbifique était fait. L'organisme vivant, opportunément provoqué et poussé dans une direction déjà prise, exécute par ses seules forces certains actes pathologiques. C'est un état morbide existant par soi, indépendant ; c'est l'affection.

Comment a été formée cette aptitude du système, qui passe à l'effet moyennant une impulsion légère bientôt épuisée et désormais inutile?

Dans les maladies dépendantes non compliquées, l'organisme, tout à fait sain avant la provocation, devient malade uniquement en vertu de l'impression produite par cette provocation. Il n'y avait en lui aucune tendance à quitter la route normale, et sans l'agent hostile rien ne serait arrivé. De plus, l'organisme est incessamment en mesure de répondre aux provocations qui font naître les maladies dépendantes ; il suffit qu'elles soient senties d'une façon assez énergique.

La maladie affective, au contraire, exige une préparation particulière, contingente, condition préalable de son existence. Cette préparation a lieu de deux manières.

Avec ou sans sollicitation venant du dehors, l'action vitale dévie faiblement d'abord. Cette déviation est, pendant un temps qui peut être long, compatible avec le fonctionnement hygide. Celui-ci du moins ne présente aucune altération sensible. La déviation fait des progrès vers un but ; la vie se transforme graduellement et acquiert tout ce qui lui est nécessaire pour l'exécution de tels actes extra-hygides. Alors, encore spontanément ou après une provocation occasionnelle, goutte qui fait verser un vase déjà plein, la maladie constituée fait explosion. Ce travail préparatoire, à l'aide duquel le corps mûrit lentement pour la maladie, est connu sous le nom de *prédisposition.*

Mais il existe des maladies vraiment affectives où les choses se passent différemment. Elles sont déterminées par des provocations puissantes, même chez l'homme dont la santé, vierge de toute prédisposition semblable à celle dont je viens de parler, est entièrement irréprochable. Sauf des exceptions quelquefois nombreuses, un organisme quelconque cède devant certains agents et contracte une maladie incontestablement en rapport de nature

avec l'espèce de stimulus. Ceci, convenons-en, rappelle les maladies dépendantes. L'effluve marécageux, les virus varioleux, rabique, syphilitique, agissant en présence de conditions suffisamment favorables, ne donnent-ils pas lieu à des maladies comparables, à ce point de vue, aux réactions suite d'un venin, d'un poison, d'un traumatisme? On ne peut nier de part et d'autre la puissance d'une provocation à la suite de laquelle le système vivant conçoit et réalise une maladie en rapport avec les propriétés de l'agent provocateur. Mais toute similitude s'arrête là. Le reste est tellement différent et porte si bien les caractères de l'affection, qu'on ne saurait s'empêcher de donner ce nom à la maladie.

Ce n'est pas seulement l'énergie de la provocation qui fait les états morbides dépendants, c'est la durée de l'assujétissement. Le propre de ces maladies encore curables est de disparaître, de rétrograder dès que le mouvement, conséquence directe de l'impression provocatrice, est épuisé. Or, on ne peut admettre rien de ce genre dans les cas que je viens de citer.

Un homme s'expose à l'effluve marécageux et contracte la fièvre d'accès. Soustrait à cette influence et transporté dans un lieu salubre, il ne sera pas pour cela débarrassé de sa fièvre.

Cette persistance du mal a d'abord suggéré la pensée que la quantité de l'effluve entrée dans le corps s'y était répandue, y blessait les parties sensibles à la manière d'un toxique ; en conséquence on assimilait la fièvre d'accès à un véritable empoisonnement exigeant la thérapeutique en usage pour ce dernier. Cette opinion n'a pu tenir devant l'observation. Voici celle qui est sortie de l'interprétation des faits.

En vertu de l'impression produite par l'effluve, la vie a entrepris un travail actif et spécial, à la suite duquel elle est modifiée et devenue désormais capable, sans le secours de la provocation, d'exécuter des accès de fièvre. Le fait majeur, l'indication capitale cette fois, est la situation nouvelle dans laquelle l'économie s'est placée, et non telle substance flottant au sein de nos parties et y remplissant le rôle d'agent provocateur. Si cette théorie est la vraie, comme il n'est pas permis d'en douter, l'impression provocatrice n'est ici qu'une condition qui, si elle a été nécessaire, à un temps et dans un cas donnés, ne l'est plus ensuite. L'économie s'en est émancipée, et la maladie peut être appelée indépendante. J'en dis autant de la variole, de la syphilis, de la rage, etc.

La viciation qui survit à l'impression provocatrice a de la consistance et est fortement établie. Ce n'est pas un entraînement comme la réaction, manifestation morbide toujours prête, toujours prompte à paraître, pouvant rétrograder brusquement, et être arrêtée si le mal accompli n'est pas considérable. Au contraire, la capacité de faire une fièvre d'accès, une variole, etc., est trop éloignée de la capacité hygide pour pouvoir être ainsi improvisée. Un temps, quelquefois long, doit s'écouler pour que la transformation de l'organisme vivant soit accomplie. L'effluve marécageux a agi, le virus est efficacement inoculé, et cependant le sujet reste encore bien portant, comme s'il ne lui était rien arrivé. Cependant, durant cet intervalle de paix et de santé apparente, un travail préparatoire très-actif, quoique latent, a lieu dans les profondeurs de l'économie. Après quoi, tout étant disposé, la maladie commence. Le travail dont il s'agit s'appelle *incubation*. Une fois constituée, la maladie, pour si légère qu'elle soit, poursuit sa marche habituelle jusqu'à la fin. Parfois même cette marche est fatalement réglée, et il est impossible d'en raccourcir la durée.

M. Lordat a justement comparé l'incubation à la préméditation, pendant laquelle on rassemble les moyens nécessaires pour assurer le succès d'une entreprise qui présente des difficultés.

Dans la maladie dépendante, l'agent provocateur ou ce qui le représente ne cesse pas d'agir, gouverne la production des phénomènes, et est, en pratique, l'équivalent de l'état morbide. Cela ne peut se dire pour la fièvre d'accès, pour la variole, etc., puisque leur état morbide élaboré spontanément a ses racines propres, subsiste par lui-même et constitue l'indication première.

Quel est cet état morbide et comment le concevoir? Quand il était question des états morbides dépendants, j'avais un point d'appui qui aidait mon intelligence. Un poison, une solution de continuité, un corps étranger provoquant la sensibilité, expliquaient tout, et la thérapeutique avait un but concret. Cela était d'une conception aisée.

Maintenant on parle d'une lésion survenue sans provocation ou distincte de l'impression provocatrice, d'une lésion invisible, intangible, comme la force vitale elle-même. N'est-ce pas une idée abstraite et probablement chimérique? Faire une pareille difficulté équivaut à dire qu'on ne comprend rien au-delà de ce

qui tombe sous les sens; c'est avouer une incompétence complète en matière de science. J'écris pour les personnes qui admettent un ordre de vérités inaccessibles aux yeux du corps, mais que la raison voit, démontre et affirme, vérités sans contredit les plus importantes, puisque sans elles les autres seraient inintelligibles.

Plutôt que d'accorder à la provocation une vertu que ma raison lui refuse, plutôt que d'évoquer une provocation imaginaire là où je n'en trouve pas, je préfère admettre un état morbide formé par la puissance vitale elle-même, moyennant un travail *ad hoc* et *sui generis*, état morbide subsistant par soi, indépendant.

Du reste, remarquons-le bien, toutes les lésions de la vie, quelles qu'elles soient, liées ou non liées à une provocation, sont également invisibles, intangibles. Seulement, dans une série de cas, la lésion est attachée à un modificateur appréciable, nécessaire, dont je dois débarrasser le sujet. Dans l'autre série, la lésion est née sans provocation, ou bien, émancipée de la provocation, elle survit à cette dernière et veut être étudiée à part et traitée pour elle-même.

L'idée de l'affection, telle que je viens de la proposer, doit répugner à ceux qui regardent le corps vivant comme inerte et ayant besoin, pour entrer en action et s'y maintenir, d'un stimulus externe qui est pour lui ce que l'archet est pour un violon. Mais le médecin qui reconnaît la spontanéité vitale et fait la part du milieu, en disant que ce milieu fournit des provocations, des conditions, des matériaux; celui-là, dis-je, n'aura aucune objection sérieuse à m'opposer et acceptera ma distinction, du reste essentiellement pratique, des états morbides dépendants et des états morbides indépendants.

Toutefois, en faveur des personnes non habituées à ce langage, et le nombre en est grand hors de l'École de Montpellier, je donnerai quelques éclaircissements sur les différences existant entre une affection provoquée et une réaction.

Prenons pour exemples l'ophthalmie réactive par suite d'un corps étranger, et la variole contractée par contagion.

Les analogies sont: provocation énergique et d'ordinaire efficace, quels que soient l'âge, le tempérament, la vigueur de la constitution; apparition d'actes morbides en rapport avec la nature

du stimulus ; ici une fluxion plus ou moins phlegmasique, là les phénomènes caractéristiques de la variole.

Voici maintenant les dissemblances : le résultat ophthalmie réactive est constant, certain ; beaucoup de sujets sont réfractaires à l'action du virus varioleux, notamment ceux qui l'ont déjà subie. Le corps étranger provoque la douleur ; le virus n'étant senti que vitalement, l'âme n'a pas conscience du moment de l'impression morbifique. Le corps étranger agit par ses propriétés physiques ; s'il perdait sa dureté, ses formes anguleuses, il ne pourrait plus rien ; nous ne savons ni le pourquoi, ni le comment de la puissance, de l'innocuité du virus. Le corps étranger trouve le système vivant prêt à la réaction, qui commence immédiatement ; l'impression virulente est suivie d'une élaboration intime et profonde (incubation) ; un temps assez long s'écoule entre elle et l'apparition de la maladie. Le corps étranger reste dans l'œil, et nous pouvons le voir blessant les tissus. Que devient l'atome du virus inoculé ? est-il saisi par l'absorption ? C'est probable ; mais pour être senti a-t-il absolument besoin d'être absorbé ? Si oui, suffit-il qu'il pénètre dans le courant sanguin, ou bien faut-il qu'il soit transporté en tel endroit, et lequel ? Quel que soit le lieu de son action, en quoi consiste celle-ci ? J'expliquais l'hostilité du corps étranger par une propriété irritante ; maintenant je ne le puis plus. Le problème est autrement obscur et complexe.

Mais, dit-on, le virus est un poison et se comporte comme tel ; poursuivons donc la comparaison à ce second point de vue.

Quel est le sort de l'atome virulent absorbé ? Affirmerez-vous que, résistant à tant d'agents destructeurs, il reste substantiellement le même, toujours là, de sa personne, provocation incessante, nécessaire jusqu'à la fin et en rapport avec les péripéties diverses de la variole ? Ce serait une hypothèse fort invraisemblable. L'observation physiologique enseigne que tous les corps à faible cohésion, introduits dans le milieu vivant, sont attaqués, altérés, neutralisés ; que les molécules à constitution chimique réfractaire sont éliminées. La durée de l'incubation est quelquefois telle, qu'on est forcé d'admettre que les choses ont dû se passer ainsi. Il n'est pas possible de croire que la matière inoculée par l'animal soit intacte au moment si éloigné de l'apparition des symptômes de la rage, et qu'il n'y ait là qu'une réaction semblable à celle qui suit l'ingestion d'une substance vénéneuse.

Pendant les premiers jours, à l'époque où le virus peut conserver encore ses propriétés entières, on n'observe aucune émotion. Le drame pathologique ne commence que longtemps après, quand, selon toutes les probabilités, ce virus est détruit. Contraste éclatant entre la variole, la rage, etc., et un empoisonnement !

Mais, dira-t-on, les virus font exception à la loi générale ; ce sont des agents particuliers, doués de propriétés spéciales, et qui, au lieu de perdre leur vertu toxique par un séjour prolongé dans le corps, y acquièrent au contraire, à l'aide de combinaisons encore inconnues, un accroissement de malignité, de sorte que la maladie réactive qui leur correspond n'apparaît que lorsque cette malignité est parvenue à un certain degré. Il faudrait une foi bien robuste pour accepter une supposition aussi singulière. Je pourrais aller jusque-là, si cette concession devait me rapporter un profit rémunérateur. Mais ce serait l'inverse qui arriverait. Les praticiens protesteraient unanimement contre l'indication thérapeutique suggérée par cette hypothèse. Expulser un virus réfractaire, cause de tout le mal, pour arrêter la petite-vérole ou la précipiter vers sa fin, est une pensée qui, pendant longues années, a compté de nombreux partisans. On a essayé dans ce but les évacuants de toute sorte. Les meilleures méthodes ont été inutilement essayées pour arriver à ce but. Un temps, on s'est rallié autour des sudorifiques, erreur fatale aux malades. Un des plus grands services rendus par Sydenham est, tout le monde le sait, d'avoir montré les dangers de ce traitement et obtenu qu'on l'abandonnât.

A un certain moment de la variole, une matière semblable à celle qui a servi d'agent contagieux abonde dans le sujet. Comment cela est-il arrivé ? Est-ce une graine qui, semée dans un terrain approprié, a donné une plante passant par les phases connues de la floraison, de la fructification ? On l'a dit poétiquement, mais sans prétention sérieuse, j'espère. Dans un varioleux, il ne peut pas y avoir deux êtres, l'un portant l'autre.

Le virus s'est-il multiplié à la façon des ferments ? Théorie décrépite à force de vieillesse, et qu'on voudrait rajeunir par la transfusion du sang jeune et ardent de la chimie moderne. Les chimistes cherchent maintenant de ce côté avec un zèle fort louable. Que trouveront-ils que l'on puisse ajouter à nos vérités de médecine pratique ? Je l'ignore. Il faut, s'ils veulent nous être utiles, qu'ils

prouvent d'abord ces fermentations, et de plus qu'ils en fassent connaître les conditions et les lois à notre point de vue, afin de nous permettre d'en tirer une conclusion favorable à la thérapeutique.

En l'état, quel est le praticien qui, au lit du varioleux, s'occupe du virus provocateur, de ses pérégrinations, de ses réactions, de ses métamorphoses ? Nous écoutons avec intérêt, mais simplement en curieux, les révélations de la chimie sur ce sujet. En tant que praticiens, nous laissons au cabinet le souvenir de ces causeries, et en présence du malade nous ne connaissons que les faits d'expérience médicale, lesquels ne sont pas du tout ceux de l'expérience chimique. Cette préférence est certes fort naturelle.

Nous avons appris par notre observation qu'il y a chez les varioleux une impression morbifique première et des événements subséquents. Ce que nous savons des conditions appréciables de l'impression morbifique sert à établir le traitement prophylactique. Mais quand le mal est constitué, cette impression devient pour nous un fait du passé sur lequel nous ne pouvons rien. Il ne s'agit plus de l'impression, mais de ses suites. Il existe alors une viciation spéciale de l'économie dont, conformément aux règles de la logique inductive, nous concevons la nature d'après l'étude raisonnée et comparative des faits propres à la variole, étiologiques, nosographiques, thérapeutiques. Nous savons que, pour disparaître, cette viciation exige une certaine évolution phénoménale depuis longtemps connue. Cette évolution est inabréviable : personne ne songe à l'arrêter. Nous nous efforçons d'en régler la marche de façon à ce qu'elle atteigne son but à l'avantage du sujet. Nos indications sont tirées des mœurs et des besoins expérimentalement appréciés de l'état morbide varioleux, des effets observés qui sont les actes morbides qu'il faut maintenir dans des limites, dans une proportion, dans une direction également enseignées par l'expérience.

Voilà le positif médical. Le reste peut aussi être positif sans doute, mais se trouve dans une sphère qui n'est pas la nôtre, tant qu'il ne nous est pas possible d'en extraire un corollaire thérapeutique acceptable. C'est donc une acquisition dont nous ne saurions que faire pour le moment, et il y aurait folie à abandonner, pour une chose sans emploi actuel, des vérités dont nous vérifions journellement l'utilité pratique.

L'étude chimique et l'étude médicale de la variole diffèrent notablement, quant aux moyens employés et quant au but. La chimie ne regarde qu'un des côtés de la variole, à savoir : les changements moléculaires survenant dans les liquides et dans les solides. Le médecin étudie l'ensemble de cette maladie de manière à découvrir des notions utiles au traitement. Le chimiste est maître sur son terrain comme nous sur le nôtre. Des deux parts, la valeur des importations étrangères est estimée d'après un *criterium* spécial. Usant de ce droit de contrôle, et quoi qu'en puissent penser certains chimistes, nous tenons pour affection l'état morbide de la variole et pareillement tous les états morbides qui, étudiés à notre manière, étiologiquement, nosographiquement et thérapeutiquement, nous paraissent avoir mêmes droits à l'indépendance.

En résumé, la pathogénie de la maladie affective provoquée a plusieurs étapes : 1° impression produite par le stimulus hostile; à son occasion survient : 2° un travail intérieur et latent, par lequel la vie se transforme, s'émancipe de la provocation et produit : 3° l'état morbide, vrai fait initial de la maladie constituée, et d'où procèdent : 4° les phénomènes extra-hygides, manifestation de la maladie. Évidemment, dans une semblable pathogénie, les rapports de dépendance constatés plus haut entre la maladie réactive et son stimulus ont cessé d'exister.

Le mode affectif s'éloigne du mode hygide plus que ceux dont j'ai parlé dans l'article précédent. Dans l'affection, la vie parvient à un degré plus avancé de sa capacité pathologique, et montre cette capacité plus complètement développée. L'affection est, par rapport à la réaction, ce qu'est dans le monde moral la passion élaborée par l'âme, qui, le voulant bien et y employant toutes ses facultés, a modifié sa nature intime d'une façon profonde, ce qu'est en un mot la passion réfléchie à l'égard de l'agitation prompte et instable, sans racine intérieure, n'impliquant, malgré sa violence possible, aucune viciation du caractère, et qu'on appelle entraînement involontaire, premier mouvement. On a toujours distingué ces modalités psychiques, la conduite à tenir par le moraliste étant très-différente dans les deux cas. Il en est de même chez nous.

La transformation qui constitue l'état morbide des maladies affectives étant l'œuvre de l'organisme vivant, agissant sans provocation, ou bien obéissant librement, à sa manière, il en ré-

sulte que ces maladies ne peuvent être provoquées artificiellement comme les précédentes. Il faut toutefois en excepter les affections à cause provocatrice énergique. Avec un virus convenablement appliqué, on détermine chez certains la vaccine, la variole, etc.; mais la certitude du succès n'est pas, il s'en faut, la même que lorsqu'il s'agit des maladies subactives ou réactives. Il y a des immunités prévues, d'autres non prévues ; toutes ces immunités sont un fait d'empirisme entièrement inexplicable, tandis que dans les cas rares où la réaction n'a pas lieu, les motifs sont connus et rationnels : c'est l'insuffisance de la sensibilité, de l'irritabilité communes.

Dans l'affection, le système vivant déploie ses pouvoirs morbides avec toute l'ampleur, toute la spontanéité possibles. Dans la réaction, ce système assujéti au stimulus provocateur se meut dans une marge beaucoup plus étroite. Les réactions, quoique diverses, se ressemblent plus entre elles que ne le font les affections. Peu de mots, excitation répondant à une cause provocatrice. suffisent pour rappeler le groupe entier. Veut-on caractériser brièvement les affections, on est arrêtébientôt devant l'obstacle opposé par des diversités de nature tellement accentuées, que chacune exige une place à part : affections inflammatoire, typhoïde, bilieuse, catarrhale, varioleuse, syphilitique, goutteuse, cancéreuse, scrofuleuse, intermittente, rabique, etc. Aucun trait descriptif ne peut donner une idée générale d'espèces pathologiques aussi dissemblables, aussi personnelles. Le champ des affections est immense. Les affections peuvent se mêler à tout, s'associer entre elles, compliquer les maladies subactives, réactives, dont elles modifient puissamment la physionomie, la marche, la nature. le dénoûment. Les affections montrent les facultés morbides de l'économie s'exerçant avec une variété, une fécondité, un luxe. qui semblent inépuisables.

Consultez les annales cliniques des temps écoulés, et vous vous assurerez que, considérées en général, les affections sont. de toutes les maladies, les plus mobiles, les plus capricieuses. A certaines époques, les unes règnent souverainement; puis leur empire décroît, s'annihile, pour se rétablir plus tard. D'autres. présentant des oscillations analogues, mais d'ordinaire moins écartées, ne s'éclipsent jamais tout à fait, et forment d'âge en âge une série à peu près ininterrompue. Celles-ci sont attachées

à un climat d'une façon presque exclusive; celles-là trouvent partout les conditions favorables à leur formation. Quelques-unes, après avoir acquis une triste et longue célébrité, ont disparu de la scène pathologique. L'origine de certaines affections se perd dans la nuit des temps. Plusieurs, au contraire, sont comparativement jeunes; on sait la date historique de leur commencement, et les praticiens d'alors eurent, en les voyant, un spectacle dont rien d'antérieur ne pouvait donner l'idée. La génération actuelle a appris à ses dépens par la dernière venue (choléra morbus) que la cause mystérieuse qui engendre les espèces affectives n'avait pas perdu le pouvoir d'en procréer de nouvelles. Qui oserait imposer des limites à ce pouvoir, et prédire l'avenir qu'il réserve à nos neveux?

Pourquoi ces vicissitudes, ces continuités, ces intermittences, ces extinctions, ces apparitions d'espèces inconnues? Graves problèmes dont certains sont résolus d'une façon satisfaisante, dont plusieurs gardent encore leur secret, malgré les investigations les plus obstinées. Si quelqu'un doutait de la justesse des réflexions qui précèdent, je lui rappellerais que les maladies méritant vraiment le nom d'*épidémies* sont toutes des maladies affectives.

Les épithètes *sporadique*, *épidémique* supposent un certain degré de spontanéité, d'indépendance dans les maladies. L'usage veut qu'on les emploie exclusivement pour les affections. Il ne vient à l'esprit de personne, s'il est question de fracture, de plaie, d'empoisonnement, de dire qu'il y a épidémie, quelque considérable que soit le chiffre. Chacun sent d'instinct que les mœurs des maladies dépendantes repoussent un semblable langage; chacun comprend la grande différence existant entre la cause qui fait que les cas de grippe, de rougeole, sont tantôt isolés, tantôt pressés les uns à côté des autres, et la cause qui fait qu'un seul homme ou plusieurs sont blessés. Naturellement, les mots qui servent à exprimer les modalités de la première de ces causes, ne conviennent plus quand il s'agit de la seconde.

A ces divers points de vue, les affections diffèrent notablement des maladies dépendantes.

Celles-ci, n'ayant besoin d'aucune préparation préalable particulière, et trouvant dans tout corps vivant l'aptitude appropriée incessamment présente, se montrent partout et nécessairement, là où la cause provocatrice agit, fréquentes ou rares, anciennes

ou nouvelles, comme la cause elle-même. Certains agents, les traumatiques par exemple, ont dû provoquer les maladies qui leur correspondent, dès la plus haute antiquité, même avant l'apparition des affections de date la plus reculée. Les maladies traumatiques se sont donc montrées les premières, ont continué et persisteront jusqu'à la fin des siècles, dans tous les temps et dans tous les lieux. En théorie cependant, y mettre un terme semble facile. La cause provocatrice étant connue, il n'y aurait qu'à ne pas s'exposer à son action. Le lecteur n'a pas besoin que j'explique les motifs pour lesquels cette idée ne se traduira jamais en fait. L'imprévoyance, les passions humaines, certaines nécessités sociales, constituent autant d'obstacles invincibles.

En ce qui concerne la plupart des affections, on ne peut formuler une prescription quelconque, au moyen de laquelle l'immunité nous serait acquise. Les conditions de leur existence sont, ou mal connues, ou au-dessus de notre portée. Nos pouvoirs pour empêcher ces maladies, comme du reste pour en déterminer la formation, sont et seront probablement toujours très-limités.

On l'a vu, les états morbides dépendants peuvent être locaux ou généraux. L'état morbide affectif est exclusivement général. En présence de certaines observations, on serait tenté de restreindre l'étendue de ce dogme. L'exception n'est pourtant qu'apparente. Ceci vaut la peine d'être expliqué.

Pour opérer, soit hygidement, soit pathologiquement, la force vitale a besoin de ses organes; sans eux, nous n'en connaîtrions rien du tout. Bien plus, si on la sépare de son agrégat matériel, elle devient inconcevable, et c'est là un argument pour prouver sa distinction d'avec l'âme, dont nous avons, au contraire, très-aisément l'idée, abstraction faite du corps. La force vitale manifeste ses affections par des changements dans son agrégat, dans ses fonctions. Tantôt elle emploie tous ses instruments, tantôt il lui suffit d'un seul ou d'un petit nombre. Dans ce dernier cas, l'état morbide est général, bien que la manifestation soit locale. Étant donnés un catarrhe pulmonaire, une péripneumonie inflammatoire, une dysenterie bilieuse, certainement la totalité de la maladie n'est pas contenue dans les bronches, dans le poumon, dans le gros intestin; il y a en outre, au-delà de l'altération des bronches une affection catarrhale, au-delà de l'altération du poumon une

affection inflammatoire, au-delà de l'altération du colon une affection bilieuse. Où placer ces affections, sinon dans l'ensemble? Toute prétention pour les matérialiser, pour leur donner une forme et les loger dans un liquide, dans un tissu, serait insoutenable. Les manifestations bronchique, pneumonique, intestinale, satisfont à un besoin du corps entier, et sont, selon le mot consacré, la localisation, et conséquemment un produit de l'affection ; or, le plus sûr moyen pour atteindre un effet est d'agir sur sa cause. Il y a péril pour le sujet, si le médecin méconnaît l'origine affective de ces maladies et les rapports de l'affection avec les actes morbides, s'il ne voit rien au-delà de l'organe malade, car l'indication majeure se trouve dans la lésion de l'ensemble, soit catarrhale, soit inflammatoire, soit bilieuse.

Quand une partie est le siége d'une localisation, l'altération qu'elle a subie peut être telle que le système ne la tolère pas, et il réagit de la façon indiquée dans le précédent article. Je cite comme exemples les fièvres de réaction d'une phlegmasie de provenance affective, varioleuse, rhumatismale, syphilitique, etc. Ces fièvres se rattachent immédiatement à une cause organique provocatrice, et leur intensité dépend de la nature, de l'étendue de la lésion, de la susceptibilité actuelle, de l'état des forces de l'individu malade. La réaction s'unit donc à l'affection par l'intermédiaire des localisations, événement dont le praticien ne manquera pas d'apprécier la valeur thérapeutique.

Plus d'une fois il arrive qu'une localisation appropriée suffit pour mettre fin à l'état morbide affectif. Alors la maladie n'a plus ses liens étiologiques primitifs et devient une réaction. J'ai expliqué plus haut comment une maladie réactive prenait la qualité affective. Je dis maintenant comment une maladie peut, chemin faisant, dépouiller le caractère affectif, n'exister qu'en vertu de la localisation et continuer à l'état de maladie réactive.

La subaction n'est pas rare non plus parmi les conséquences de l'affection. Il suffit de rappeler les épidémies graves, les fièvres *mali moris*. La subaction provoque la suraction, laquelle à son tour use les forces et est suivie de subaction. Tantôt l'une domine, tantôt l'autre; parfois elles s'enchevêtrent, se compliquent de manière à suggérer des indications contradictoires, à rendre le traitement très-difficile.

La tendance à exagérer le rôle de la subaction et de la surac-

tion, à expliquer par elles toutes les maladies, est vieille comme la médecine. Cette manière de simplifier notre art est séduisante et ne manquera jamais de partisans. Naguère l'École de Broussais voyait la suraction presque partout, tandis qu'aux yeux de Brown, son prédécesseur, la subaction était prédominante.

Ces erreurs n'ont pas prise sur le vrai médecin. Il se garde bien de classer les maladies d'après un fait accessoire dans la plupart des cas. Il prend pour règle de sa conduite le diagnostic de l'affection, tout en donnant à la suraction, à la subaction observées dans le cours des maladies affectives, la place et l'importance qu'elles méritent.

Certes, pendant l'évolution des affections syphilitique, cancéreuse, intermittente, catarrhale, etc., etc., on remarque des faits de suraction, de subaction. Mais ces faits sont incapables de caractériser la maladie. Au lit du patient (même lorsque ailleurs on pense autrement), tout le monde considère les affections comme des états morbides d'une nature qualitative tout à fait spéciale et qu'il est impossible de concevoir à l'aide d'une addition ou d'une soustraction quelconque de l'action hygide.

La première question qu'on doit se faire en présence d'une maladie est celle-ci : est-elle ou non affective? Il y a des affections qui d'habitude s'expriment par des manifestations tellement significatives que, lorsque celles-ci sont présentes, on ne peut guère hésiter. En ce qui concerne, par exemple, la variole, la fièvre typhoïde, la goutte, ces maladies étant très-rarement simulées, il suffit d'en constater les symptômes pathognomoniques pour savoir qu'il s'agit d'une affection.

Il n'en est pas toujours de même. Vous avez noté les symptômes de l'asthme, de l'érysipèle, de la fièvre inflammatoire, de la dysenterie, de l'épilepsie, etc., et par cela seul vous n'êtes pas autorisé à affirmer que les actes morbides ainsi nommés viennent d'une affection. Fréquemment il en est ainsi ; mais les exceptions ne manquent pas. L'asthme peut dépendre d'un emphysème du poumon, d'une lésion organique du cœur, etc., etc. ; l'érysipèle, d'un aliment, d'un médicament agissant sur le sujet à la manière des toxiques; la fièvre inflammatoire est souvent symptomatique d'une plaie, d'une phlegmasie; la dysenterie est la conséquence d'une action purgative drastique ; l'épilepsie peut être provoquée par des vers, par la lésion d'une partie de l'appa-

reil nerveux, etc. Ce sont alors tout autant de maladies réactives. Les mêmes actes morbides, ne l'oublions pas, appartiennent aux affections et aux réactions : ce sont, de part et d'autre, la fièvre, la fluxion, la phlegmasie, le spasme, la convulsion, l'hydropisie, l'hémorrhagie, etc.

Toutefois, chacun de ces actes porte plus ou moins l'empreinte de l'état morbide affectif d'où il procède. Comparez entre elles, comparez avec celles qui sont réactives, les fluxions catarrhale, goutteuse, érysipélateuse, etc., les phlegmasies inflammatoire, bilieuse, intermittente, syphilitique, etc., et vous vous assurerez que, dans les lésions anatomiques comme dans les fonctionnelles, il existe des différences appréciables. Savoir si les actes morbides de même nom proviennent d'une affection, ou bien n'ont pas cette origine, est un renseignement utile au premier chef. Selon les cas, l'ophthalmie, la pleurésie, la péritonite, etc., sont des affections ou des réactions. On comprend la valeur pratique de ce diagnostic différentiel.

Il importe aussi de prévoir les conséquences probables d'une affection. Ces conséquences varient selon la nature de la maladie, son degré de développement, selon la localisation, selon l'idiosyncrasie du sujet. En soi, une affection est un mal; néanmoins elle peut être un bien relativement à un plus grand mal, et, par exemple, les substitutions d'une affection hémorrhoïdaire à une affection tuberculeuse, d'une affection intermittente à une affection ataxo-adynamique, sont des péripéties heureuses dont il faut souhaiter et favoriser l'accomplissement.

Quand une maladie chronique est incurable, il est heureux qu'elle se manifeste par des actes morbides médiocrement pénibles et n'attaquant pas la longévité. Obtenir satisfaction pour le besoin morbide moyennant quelques crises espacées, bien tolérées et point dangereuses, est presque l'équivalent de la guérison.

Le contraire n'arrive que trop souvent. L'état morbide engendre des phénomènes dont la marche et la nature accusent une aggravation croissante de la viciation. Parmi ces affections, se trouvent des espèces dont l'évolution habituelle, lente ou rapide, se termine par la mort. Baillou les appelait *cacoëthes;* plusieurs, à Montpellier, les désignent par l'épithète métaphorique *perverses*.

Ce sont pourtant les maladies affectives qui montrent les triomphes les plus éclatants de la faculté médicatrice. Quand celle-ci

prend décidément le dessus, tout change presqu'en un clin d'œil; le système retenu sur le penchant de sa ruine retourne rapidement vers la santé, en reconstituant son action conservatrice et réparant ses organes avariés. La théorie trouve aisément la raison de ce fait d'expérience. L'affection étant le produit de la spontanéité vivante, rien comme dans les maladies à état morbide dépendant ne l'enchaîne fatalement. Si l'énergie radicale est encore conservée, si la viciation a laissé intacte ou n'a pas trop fortement atteint la constitution, le système déploie en toute liberté ses instincts salutaires; à la spontanéité agissant pour le mal, succède la spontanéité qui fait le bien. Voilà pourquoi, tout étant égal, il y a plus de ressources et de motifs d'espérer dans une affection que dans une réaction, dans une péritonite affective, par exemple, que dans une péritonite provoquée par une cause matérielle.

La subaction s'efface devant la réaction; celle-ci disparaît avec sa provocation. Le sort de l'affection est attaché aux bonnes ou aux mauvaises qualités de la force vitale transformée. C'est la force vitale qui a préparé et fait la maladie, c'est elle qui doit la défaire; jusqu'à quel point en est-elle capable? Tout dépend de la situation où se trouve la faculté médicatrice, des obstacles que lui oppose le mal déjà accompli et de l'habileté du praticien chargé de la diriger.

Pour ces motifs, les affections sont la partie la plus riche, la plus complexe, la plus intéressante, la plus considérable de la pathologie. En rappelant que dans le cours des maladies affectives on observe des subactions, des réactions, des lésions de tout genre, j'achève la preuve d'une vérité déjà exprimée, à savoir: l'affection est le plus haut développement de la maladie; son étude exige préalablement celle de tous les modes morbides.

Je vais terminer la caractéristique de l'affection, en signalant les tendances finales de ses principaux modes d'évolution.

Tels états morbides affectifs se résolvent par le fait de la réalisation de leurs phénomènes, dont l'ensemble est manifestement médicateur. Pour tels autres, il n'en est pas ainsi.

Les affections de la première série ont des actes ordonnés pour la guérison, et des crises qui sont la conséquence naturelle de ces actes. Les affections aiguës simples, bénignes, donnent journellement ce spectacle. La régularité de la succession des mou-

vements est particulièrement remarquable dans les pyrexies exanthématiques. Les phases parcourues, les événements qui les couronnent, sont ce qu'il y a de mieux pour effacer la lésion affective; cela constitue une véritable synergie morbide aussi bien adaptée à sa fin spéciale que la synergie réparatrice d'un dommage traumatique matériel, et pouvant comme cette dernière dévier, être mal exécutée, manquer son but. La tâche du médecin consiste à la maintenir telle qu'elle doit être, depuis le commencement jusqu'à la fin.

Ailleurs la maladie, par sa nature propre, par son intensité, par ses complications, apporte un grand trouble dans l'économie; l'effort médicateur ne se dessine qu'ensuite et est plus difficile : fièvre typhoïde, fièvre bilieuse grave, fièvre catarrhale nerveuse, etc. Les actes morbides de ces affections n'ont pas franchement, il s'en faut, les allures synergiques. Leur marche incertaine oscille entre les deux directions; toutefois, le mouvement qui mène à la mort semble l'emporter. Les lésions d'organe, les lésions fonctionnelles prennent un caractère menaçant. A ce moment les instincts conservateurs, jusque-là faibles et indécis, se réveillent énergiquement. Une crise s'opère, et l'état morbide est jugé. La crise, cette fois, n'est pas seulement la résultante, l'épanouissement des phénomènes antérieurs; elle ne forme pas avec eux un tout dont les parties sont réglées en proportion et en mesure comme dans une synergie; elle est le produit d'un changement de direction. C'est un événement moins bien lié à ce qui précède, et par conséquent incertain. Les crises ne se montrent avec leur entier développement que dans les maladies affectives. Cette proposition trouvera créance auprès de ceux qui ont une idée exacte des mouvements récorporatifs de ce nom. Sa preuve exigerait un long travail que je ne puis placer ici.

Certaines affections évoluent d'une manière différente. Les mêmes actes morbides se succèdent, se répètent avec obstination. Parvenus à leur apogée, ils persistent un temps, et puis décroissent. La maladie disparaît par atténuation progressive, sans aucune apparence de phénomènes critiques. L'état morbide semble s'user, s'épuiser faute d'entretien, d'aliment. On dirait une lampe qui a brûlé son huile. Fréquemment la coqueluche, le rhumatisme aigu, se comportent ainsi. Ce genre de dénoûment est celui de la plupart des névroses qui guérissent; quelques fièvres rémittentes,

intermittentes, le présentent parfois. De pareilles évolutions morbides, finissant par le triomphe de la faculté médicatrice, doivent être rangées parmi les satisfaisantes et placées à côté de celles qui précèdent.

Voici maintenant un aperçu des modes aboutissant à la mort.

La situation du malade empire vite ou lentement; quelques essais médicateurs se montrent, mais ils ne se développent pas, ou bien ils ne sont que locaux et partiels; en somme, le sujet marche vers sa fin, et il y sera fatalement entraîné si l'art est impuissant à réveiller une action médicatrice plus efficace, à rompre la succession des phénomènes telle qu'elle a été établie. Les maladies aiguës nous offrent des affections pareilles en assez grand nombre: fièvres gangréneuses, fièvres ataxo-adynamiques, suette maligne, accès pernicieux, rage, etc. C'est, sauf la rapidité de la marche, le mode d'évolution de la plupart des affections chroniques : affections cancéreuse, tuberculeuse, syphilitique, etc., etc.

Quoique les maladies chroniques aillent rarement d'elles-mêmes vers la guérison, il ne faudrait pas croire que tout y est mauvais. Le fait seul de la chronicité implique la permanence de ce qu'il y a d'essentiel dans les fonctions générales. On dirait qu'entre l'action morbide et l'action hygide il s'est passé une espèce de compromis à la suite duquel la seconde, tout en cédant sur certains points, conserve encore le principal de son empire. La situation nouvelle, précaire sans doute et avec de plus graves servitudes, rappelle en partie la stabilité et l'harmonie d'un tempérament. Au prix de certaines manifestations critiques, la vie de l'ensemble se maintient avec une régularité suffisante. Les lésions d'organe restent à peu près stationnaires ou bien sont tolérées. Cette prédominance de l'action hygide peut durer assez pour que le sujet fournisse une longue carrière. Les exemples de ce genre sont observés chez les goutteux, les rhumatisants, les hystériques, etc.; et même les affections les plus cruelles (tuberculeuse, cancéreuse) en présentent exceptionnellement.

On finit pourtant par tomber du côté où l'on penche. L'équilibre dont je viens de donner une idée est instable de sa nature. Spontanément ou après des provocations malencontreuses, l'organisme vivant prend une direction dont le danger se dévoile. Les actes morbides, formant les crises moyennant lesquelles un certain ordre était maintenu, perdent peu à peu leur appropriation,

leur vertu bienfaisante, et sont nuisibles comme tout travail morbide qui ne sert pas. Alors commence une période de déclin pour le fonctionnement hygide, et de croissance, au contraire, pour la viciation affective. Celle-ci marque de son empreinte l'économie entière ; ses produits se multiplient, et leur évolution fatale s'accélère. Le corps passe à cet état de détérioration qu'on appelle cachexie. En même temps les lésions d'organe ne sont plus tolérées et suscitent des réactions sympathiques qui augmentent le trouble des fonctions, usent les forces et ôtent à la résistance vitale son dernier appui.

Telles sont, en général, les deux phases des affections chroniques : l'une dans laquelle l'effort conservateur manifeste une bonne partie de sa puissance ; l'autre dans laquelle les tendances contraires ont décidément pris le dessus. J'ai parlé des cas où la première phase est remarquable par sa durée. Je dois dire aussi qu'elle peut manquer tout à fait. Les phthisies dites galopantes, les cancers à progrès rapides, etc., ont les allures et les inconvénients des maladies aiguës graves, sans les avantages des révolutions critiques, trop rares ici pour qu'on puisse les faire entrer dans le pronostic.

J'indique rapidement ces sujets, qui seront traités avec l'attention convenable quand il sera question des actes morbides et de leur marche.

Un dernier trait qui ne surprendra pas après ce qu'on a lu plus haut, est le danger de supprimer les manifestations tolérables d'une affection encore présente. Ces manifestations, répondant à un besoin intérieur, sont une nécessité qu'il faut respecter, tout en en réduisant autant que possible les inconvénients. L'observation prouve la justesse de cette règle, même pour l'horrible attaque d'épilepsie, dont la suppression peut être suivie d'accidents pires qu'elle. Les médecins qui s'empressent de combattre la lésion visible, sans songer à la lésion invisible, à la racine cachée, ne commettraient pas cette faute si, croyant à l'utilité de la distinction de l'état et de l'acte morbides, ils appliquaient convenablement ce dogme au traitement des maladies affectives.

Dans les maladies à état morbide dépendant et qui ne sont pas synergiques, on doit, en même temps qu'on remplit l'indication tirée de la cause provocatrice, accélérer la fin de la manifestation. Il n'y a en elles ni viciation de la force vitale à corriger, ni besoin

à satisfaire. Hâtez-vous donc d'arrêter les fluxions, les flux, les phlegmasies, etc.; enrayez au plus tôt le mouvement morbide, afin de prévenir des désordres trop avancés dont la cure serait difficile, impossible. Le mal local, qu'on n'a pas supprimé quand cela se pouvait, s'émancipe de sa provocation première en vieillissant, et persiste, soit en vertu d'une altération organique, conséquence des événements accomplis, soit en vertu de l'habitude. Par l'habitude aussi, les actes morbides longtemps répétés deviennent nécessaires au système entier. La maladie alors, ayant parmi ses éléments constitutifs un besoin extra-hygide général, sujet d'une indication majeure, participe de la nature affective.

Les caractères que j'ai donnés à l'affection sont-ils partout réunis de manière à ce qu'on ne puisse jamais se tromper? Cela n'est pas et ne peut être. La rigidité mathématique s'accommode mal avec la souplesse, avec la mobilité de la vie. Il en est des affections comme de toutes les maladies; leur diagnostic est impossible quand les symptômes significatifs et les renseignements étiologiques manquent à la fois. De faibles indices, échappant au vulgaire des praticiens, suffisent aux maîtres, et l'événement justifie cette espèce de divination.

L'existence nosologique de plusieurs maladies affectives est hors de toute contestation. Naturellement ce sont celles que j'avais en vue dans la rédaction de ce travail. A côté se trouvent d'autres maladies moins aisées à classer, et qu'on ne pourrait aujourd'hui appeler affectives ou réactives, sans s'exposer à des objections embarrassantes. Ce défaut est inhérent à toutes nos divisions. Les traits originaux ne se trouvent bien accentués qu'au centre du groupe, et s'effacent progressivement à mesure qu'on s'éloigne de ce centre.

Il n'est donc pas possible en ce moment de dresser une liste complète des affections. L'imperfection de nos connaissances étiologiques et pathogéniques en est cause. Certaines incertitudes, certaines lacunes dans l'histoire d'une espèce morbide, empêchent la solution du problème, et ne permettent pas d'affirmer sa nature affective ou réactive. A plus forte raison est-on embarrassé pour tel cas particulier; les uivant n'est pas rare.

Une lésion d'organe susceptible d'être produite par des états morbides très-divers (hémorrhagie, flux, phlegmasie, ramollissement, hydropisie, hypertrophie, atrophie, production plasti-

que, etc.) est considérée comme idiopathique, parce qu'au-dessus d'elle on ne trouve rien. Se rattache-t-elle à une de ces affections méconnaissables dont je parlais tout à l'heure? faut-il, au contraire, admettre une altération purement locale? L'un ou l'autre peut être vrai, selon les cas. L'objet important n'en est pas moins la découverte de la cause, quelle qu'elle soit.

Un diagnostic n'allant pas plus haut que la lésion anatomique fait au praticien une situation embarrassante, lorsque cette lésion, irrésoluble par elle-même, dépasse le pouvoir du chirurgien. Alors la cure radicale est hérissée de difficultés; les règles classiques sont vagues ou inapplicables; le plus souvent le praticien, réduit à son initiative, est contraint de procéder par des tâtonnements, trop souvent sans succès. Quelle secourable lumière s'il découvre que la lésion a une origine herpétique, scrofuleuse, rhumatismale, syphilitique! alors le diagnostic est complet; plus d'incertitude : l'indication est trouvée; pourra-t-on la remplir? Cela dépend de la période de la maladie et du degré d'efficacité du remède.

Si la cause affective n'a jamais existé ou a fait son temps, une autre cause qui toujours a été ou est actuellement locale, en tient la place. L'altération organique peut être le reliquat d'une maladie antérieure, peut dépendre d'une provocation limitée à la partie et persistante, avoir pour point de départ une infirmité de l'organe congénitale ou acquise, une déviation spontanée de la vie propre aux liquides, aux tissus. En un mot, comment s'est-elle formée? qu'est-ce qui l'entretient? Il est toujours bon de chercher de ce côté, ne dût-on y trouver que le pourquoi de l'incurabilité.

Incontestablement la perfection de l'étiologie, de la pathogénie, parties premières de notre science professionnelle, est l'idéal à poursuivre. Sans leur secours, la thérapeutique, la matière médicale, privées de leur guide naturel, errent à l'aventure et deviennent empiriques. En résumé, mieux nous saurons ce que peuvent la spontanéité morbide générale, locale et les provocations, plus nous avancerons dans l'art du diagnostic pratique et de l'indication.

Les idées que je viens d'exposer me paraissent en accord complet avec la doctrine enseignée à Montpellier. Les dissidences qu'on pourrait remarquer parmi nous sont plus apparentes que

réelles; elles portent sur la manière de parler et non sur le fond des choses. En voici une qui paraît sérieuse, bien qu'en réalité elle soit sans importance.

Notre École oppose l'affection à la maladie ; alors celle-ci est prise évidemment dans le sens de manifestation morbide. Je ne verrais aucun inconvénient à cette terminologie si elle pouvait être respectée, si le mot maladie, signifiant toujours ce que je viens de dire, rappelait uniquement la collection des phénomènes sensibles; mais un usage trop puissant pour qu'on songe à la résistance, ne permet pas de restreindre ainsi le sens de l'expression *maladie*. Ici, comme ailleurs, maladie comprend tout ce qui constitue le fait pathologique, cause invisible et effets sensibles. Une pleurésie bilieuse, une dysenterie catarrhale, sont des maladies contenant à la fois l'affection bilieuse et la pleurésie, l'affection catarrhale et la dysenterie, et non pas seulement la pleurésie, la dysenterie. La pathologie est la science des maladies et non la science des manifestations morbides. J'ai pensé qu'il fallait conserver au mot maladie sa signification la plus large. La maladie est pour moi un tout comprenant l'état morbide et les phénomènes. Il est bon, certes, de nommer l'ensemble de ces derniers ; mais manifestation morbide, acte morbide, expressions adoptées depuis longtemps, suffisent très-bien pour cela. On s'exposerait à faire passer dans l'esprit la confusion du langage, en donnant au même mot deux significations différant l'une de l'autre, selon que la maladie est mise ou non en regard de l'affection.

Si j'avais à répondre à cette question, souvent posée aux élèves de notre École : Qu'est la maladie par rapport à l'affection ? je dirais que la maladie peut exister sans affection ; que, quand il y a affection, la maladie est le tout et l'affection la partie. L'affection est un mode morbide spécial, essentiel, sujet d'une indication distincte de celles qui se tirent des actes manifestateurs et des antécédents étiologiques.

Les idées professées à Montpellier sur l'affection ne sont pas généralement acceptées : beaucoup ne les connaissent pas, d'autres les traitent de subtilités chimériques. Hors de l'École, la plupart des médecins tiennent pour synonymes les mots affection, maladie, et les emploient indifféremment; l'euphonie seule motive le choix de l'un ou de l'autre.

Quelques-uns ont cru la distinction nécessaire, et l'ont faite ; il

s'est alors trouvé qu'ils appelaient affection ce qu'ici on appelle maladie, dans le sens de manifestation morbide, et maladie ce que nous nommons affection. Nous sommes bien près de nous entendre. La pensée fondamentale est commune; le reste est pure question de mots, et je crois que, un peu de réflexion aidant, ces médecins se rangeront entièrement de notre côté.

En réalité, peu d'auteurs modernes ont consenti à considérer l'affection comme chose digne d'examen. M. Monneret est de ce petit nombre, et accorde à ce sujet quelques pages de son *Traité de pathologie générale*. M. Monneret, grave autorité parmi les siens, émet une opinion que je dois faire connaître.

La maladie est pour lui ce qui est local, et les maladies générales sont des affections. Il est difficile, ajoute-t-il, de définir les maladies générales.

« On les considère[1] comme caractérisées par la dissémination des lésions ou des troubles fonctionnels dans un grand nombre de points de l'économie, et surtout par l'action de la cause morbifique qui porte à la fois sur le solide et les liquides. Faisons d'abord remarquer que les affections ne produisent souvent qu'un désordre matériel très-circonscrit: telles sont, par exemple, les affections tuberculeuses du poumon et des méninges, le cancer de la mamelle et de l'utérus. D'une autre part, on rencontre des maladies qui, par l'étendue et la généralisation des symptômes, imitent complètement les affections. Les névroses mixtes du mouvement, du sentiment et de l'intelligence, comme l'épilepsie, l'hystérie, la nosomanie, troublent à peu près toutes les fonctions, et cependant on s'accorde à les placer au rang des maladies locales. Il faut bien que les différences qui séparent l'affection de la maladie soient légères dans un grand nombre de cas, pour qu'on se dispute encore sur la détermination des espèces morbides qui doivent être réputées maladies générales ou locales. L'inflammation, l'hydropisie, la coqueluche, un grand nombre de gangrènes, de ramollissements, d'ulcérations, ont été rangés tantôt parmi les premières, tantôt parmi les secondes.... On ne s'accorde pas sur le nombre des maladies et des affections; les uns considèrent comme affections ce que d'autres appellent maladies. Les phlegmasies, les flux, le croup, l'angine couenneuse, la coqueluche, l'érysipèle,

[1] Monneret: *Traité de pathol. génér.*, tom. I, pag. 64, 65.

certaines espèces de gangrène, de ramollissement, etc., sont-ils des maladies ou des affections ? »

M. Monneret laisse son lecteur sur ce point d'interrogation.

Je conçois et son embarras et son indifférence. Au point de vue de M. Monneret, le problème de l'affection et de la maladie est un problème de topographie. Il s'agit de mesurer l'étendue du trouble fonctionnel, de l'altération anatomique, de poser des bornes, et on doit parfois être fort embarrassé. Qu'importe, après tout, puisque cela ne change rien à la nature des choses et des indications. Aussi M. Monneret en prend-il aisément son parti. S'il ne voyait pas tout dans la lésion des fonctions ou de l'agrégat, il admettrait l'état morbide, et alors la question, tout en grandissant, deviendrait plus facile. Toutefois, professer que les maladies générales peuvent seules être appelées affectives, c'est faire un grand pas vers la vérité. M. Monneret ne pouvait mieux, sans être infidèle à ses principes.

Les animistes, plus libres dans leurs allures, devaient se préoccuper davantage de l'affection.

L'École de ce nom a sur celle de M. Monneret l'avantage de voir la maladie de plus haut, grâce au principe de causalité adopté par elle avec toutes ses conséquences logiques. La solution des animistes diffère de la nôtre, mais la discussion est possible entre nous ; elle ne se peut avec des médecins qui refusent de nous suivre quand nous leur proposons de sortir du fait sensible.

Les animistes, peu nombreux il est vrai, se recommandent aux hommes de Montpellier par des similitudes portant sur des points d'une haute importance. Ils sont, comme nous, spiritualistes, amis de l'antiquité, de la tradition, adversaires des doctrines physico-chimiques, organiciennes, et fermes dans leur croyance aux causes invisibles. Avec cette communauté de pensées, l'espoir d'un rapprochement de plus en plus grand est permis.

Pourvu que les animistes accordent — et déjà cette concession est faite — que la force vitale, distincte de l'âme par ses facultés, par ses modes propres d'activité, doit être étudiée à part, je ne désespère pas de les voir arriver à notre sentiment sur l'affection. Que l'affection telle que je l'ai caractérisée soit le fait d'une puissance réductible à l'âme, ou bien le fait d'un agent substantiellement différent, c'est un grave problème en ontologie, en métaphysique, mais hors de là sans intérêt.

Il n'en est pas ainsi de la question médicale, objet de ce travail, et je dois donner les motifs qui m'empêchent d'adopter la manière de voir actuelle des animistes sur l'affection. Voici cette pensée, formulée d'abord par M. Cayol, et que M. Chauffard[1] s'est appropriée.

L'organisme vivant est essentiellement conservateur. De lui-même il ne devient jamais malade. Attaqué par les agents nuisibles extérieurs, il subit une perturbation contre laquelle il se défend de son mieux. En conséquence, tout mode morbide offre dans son développement deux éléments constants nécessaires : dans l'un, l'organisme vivant est dominé, pâtit; dans l'autre, il agit et fait effort pour résister. Le premier est l'affection, le second est la réaction. Supprimez l'un d'eux, il n'y a plus de maladie. L'affection non suivie de réaction est un état d'abandon, un état antivital, dont la mort est la suite inévitable. De l'autre côté, la réaction sans une affection préalable est inconcevable, impossible. Toute maladie est donc composée d'une affection et d'une réaction.

Ces idées et ce langage diffèrent beaucoup des miens; appréciations-en la valeur.

Je remarque en premier lieu que, dans la théorie animiste, le mot *affection* est employé pour désigner un fait qui n'est pas celui de la présente étude. J'ai différencié les maladies d'après la pathogénie, de manière à rendre leur intelligence et leur traitement plus faciles. En animisme, le problème de l'affection est placé sur un autre terrain. Il s'agit de la constitution de la maladie considérée en général, dont l'affection ferait partie comme élément indispensable, ne spécialisant rien par conséquent.

Rigoureusement, chacun est maître de donner à un mot l'acception qu'il lui plaît; mais c'est à ses risques et périls, et il est blâmable lorsqu'il ne se conforme pas à la tradition, aux habitudes prises, aux analogies. Les médecins ont toujours pensé qu'il y avait des maladies affectives et d'autres qui ne l'étaient pas; ceci est encore l'opinion de la majorité. Nos aïeux disaient, et nous répétons avec eux : affections catarrhale, bilieuse, hystérique, goutteuse, etc. Un auteur qui se pique de soigner son style ne dit pas affection en parlant d'une fracture, d'une luxation,

[1] Chauffard; *Principes de pathologie générale*, chapitre IV.

d'une plaie simples ; et ce sont pourtant ces dernières maladies qui devraient surtout être affectives, dans le sens animiste, car l'impression malfaisante subie par le corps vivant y est manifeste plus qu'ailleurs. L'innovation proposée déroge donc au sentiment traditionnel, aux usages reçus. M. Monneret, on l'a vu, s'est conformé à l'opinion commune, en refusant le nom d'affection aux maladies locales.

Le mot affection, emprunté au vocabulaire de la psychologie, y désigne un ordre particulier de faits connus sous le nom de *sentiments du cœur*. Les passions figurent parmi ces sentiments, et c'est aux passions réfléchies que les médecins ont comparé les maladies affectives. Anciennement même, certaines, paraissant plus que les autres présenter la physionomie de ces passions, en avaient reçu le nom exprès, et l'on disait communément : *passio hysterica*, *passio hypochondriaca*, *passio epileptica*, etc. Passion réfléchie et affection morbide ont en effet de frappantes ressemblances.

L'âme et non un pouvoir étranger est la cause génératrice et efficiente des passions ; elle les prépare et les produit librement. Cela est incontestable pour les passions réfléchies. Ces affections sont constituées pour une certaine durée ; l'âme s'y trouve dans un état essentiellement spontané, actif. Ce n'est certes pas là qu'on a pu emprunter les traits donnés à l'affection morbide qui est subie par la vie, qui anéantit la vie lorsqu'elle ne rencontre aucun obstacle à son développement. La plupart des passions réfléchies sont chroniques, l'âme s'y maintient volontairement, s'y complaît un temps fort long et fréquemment sans aucune réaction antagoniste. Il y a des passions aiguës. Celles-ci se satisfont et se dissipent par leur manifestation phénoménale, ou bien s'expriment d'une manière trop violente, et alors deviennent funestes. La réaction, loin d'être un élément constitutif nécessaire de la passion, lui est directement opposée. Enfin, la passion réfléchie comprend la série des faits psychiques qui s'accomplissent à partir du moment où l'âme, provoquée ou non provoquée, a pu et voulu changer d'état, jusqu'à celui où une volonté suffisamment énergique, et cette fois inspirée par la raison, a ramené l'état normal.

De même, en pathologie, l'affection est une modalité particulière que s'est donnée l'organisme vivant usant de ce qui pour lui est l'équivalent de la liberté. Nous avons vu que les affections ai-

guës, que les affections chroniques, rappellent dans leur sphère ce que je viens de dire des passions de même nom. La réaction est certainement possible dans le cours d'une affection, mais celle-ci n'en a pas besoin pour être constituée en entier. Ce qui se passe chez beaucoup de malades chroniquement atteints, indique de la part de l'économie plutôt un consentement, un accord, qu'un antagonisme. Plusieurs cas aigus ne présentent rien qui fasse soupçonner que le système est divisé en deux parts, l'une attaquant, l'autre protégeant. Dans ceux où tout est médicateur, les actes morbides au moyen desquels la cure est faite, sont un produit synergique naturel de l'état nouveau où l'ensemble s'est lui-même placé ; je ne vois là aucune trace de lutte intestine. Une opposition se montre seulement lorsque, par suite d'une complication, des mouvements adverses dérangent la marche régulière des phénomènes. Enfin, à l'instar de la passion réfléchie, l'affection commence après le travail de prédisposition ou d'incubation, subsiste avec ou sans réaction, pour finir seulement quand l'économie a récupéré ses qualités hygides. Le lecteur comprend maintenant l'analogie et les motifs qui ont décidé les médecins à appliquer aux maladies affectives la langue employée pour les sentiments passionnels.

Ce qu'on nous propose est donc le contre-pied des idées courantes, des habitudes établies ; c'est une révolution complète. Voyons maintenant si les avantages de son adoption nous indemniseraient suffisamment.

La nature vivante, dit-on, subit le mal qu'elle ne peut empêcher, mais ne le fait jamais ; quand elle déploie son activité, c'est dans un but de conservation. Cette proposition absolue, placée en tête des dogmes médicaux de l'animisme, est une erreur dont les conséquences se font sentir dans tout le reste.

Soutenir que l'organisme est incapable d'agir spontanément d'une façon contraire à ses intérêts, c'est lui donner sur l'âme une supériorité qu'il n'a pas ; c'est nier des faits éclatants, malheureusement nombreux. J'ai ailleurs discuté cela et prouvé qu'*à priori* il était inévitable qu'un corps voué à la mort, qui porte la mort dans son sein, pût déchoir dans certaines circonstances et accélérer par lui-même sa marche naturelle vers le dénoûment fatal. L'expérience ne prouve que trop clairement et trop fréquemment la justesse de cette réflexion. D'après Stahl, la mort n'a pas

de raison nécessaire et n'est qu'un accident. Le bon sens proteste contre une proposition semblable et contre la doctrine qui la contient logiquement. La mort du corps est, au contraire, la résultante obligée de sa vie, comme la vie est le précédent obligé de la mort. On trouve la raison de la mort dans la nature de l'action vitale elle-même, qui ne se déploie qu'à la condition de s'user. L'embryon, à peine formé, contient virtuellement la maladie, la décrépitude ; il est autant mortel que vivant. Telle est la servitude fatalement imposée à la vie comme nous la connaissons. Mais, pour ne pas répéter des choses déjà dites, rentrons dans les limites de la question du moment.

L'organisme vivant étant impeccable, toute maladie vient d'une provocation malfaisante. Cette attaque amène une impression qui est l'affection. « Il faut considérer l'affection comme une impression hostile subie par la vie, et contre laquelle la vie résiste ou se soulève selon des lois déterminées [1].

Je ne puis m'empêcher de faire observer qu'au moment où l'impression a lieu, l'opération morbide n'a pas encore commencé ; il y a entre elles, le lecteur s'en souvient, tout l'intervalle, parfois fort long, occupé par le travail de prédisposition ou d'incubation. L'impression morbifique appartient à l'étiologie et doit être distinguée de la maladie qui la suit. Les médecins ont toujours pensé ainsi, comme de leur côté les philosophes ont séparé avec soin l'impression faite sur les parties sentantes du corps de l'action psychique qui succède, y compris la sensation.

Passons là-dessus, et acceptons pour un moment l'identité de l'impression et de l'affection et la présence d'un pareil élément dans toute maladie formée.

Une impression (de *premere* et de *in*, presser sur) est une modification subie pendant laquelle l'organisme joue un rôle passif. A moins d'altérer le sens de tous les mots, il est impossible de concevoir la chose autrement. En conséquence, dès que le corps agit, il passe à un état nouveau qui n'est pas l'affection, puisque affection et impression ne sont qu'un.

Vous croiriez donc que l'activité déployée après l'impression appartient exclusivement à la réaction ; ce serait logique, mais telle n'est pas la pensée de M. Chauffard.

[1] Chauffard, *loc. cit.*, pag. 425.

Par un étrange revirement, la définition de l'affection est oubliée. Ce n'est plus une impression, un état passif, mais bien un état contraire se manifestant par une série d'actes qui, pour l'énergie, ne le cèdent pas à ceux de la réaction. Quel lecteur sérieux consentira à reconnaître une impression dans la chose dont, sous le nom d'affection, on parle de la manière suivante :

« L'affection et la réaction, puissante chacune, opposent l'une à l'autre des déploiements considérables de force et d'action. L'impression morbifique peut être si profonde et tenace, et la réaction éprouver de telles résistances affectives, que la lutte établie entre les deux demeure un temps douteuse, et que la fin en appartient tantôt à l'une, tantôt à l'autre [1]. »

« Un jour l'affection recule, et la réaction domine ; le lendemain la réaction s'affaisse épuisée, et l'affection reprend le dessus [2]. »

« L'affection s'organise, s'empare de l'unité vivante, se fortifie et se développe en elle [3]. »

Maintenant je ne comprends plus l'affection dont on me parle. Je croyais, et ceci avait un sens précis, qu'à l'affection, état passif, succédait la réaction, état actif ; de même que l'homme qui reçoit un soufflet est à l'état passif, et devient actif lorsqu'à la suite de l'injure subie il se met en colère. Mais si vous effacez le trait distinctif indiqué de l'affection et de la réaction, qui est pour l'une d'être essentiellement passive, pour l'autre d'être essentiellement active, je ne sais à quoi me rattacher pour tracer entre elles une ligne de démarcation.

Il existe un désaccord manifeste entre l'affection définie et l'affection qu'on décrit ensuite. L'affection n'est plus simplement une impression, c'est un effort qui succède à l'impression comme l'effort réactif, et qui n'est pas ce dernier. Que peut donc être l'affection présentée sous ce nouvel aspect ? Je suis obligé de chercher moi-même la pensée de l'auteur. Cette tâche qu'on m'impose n'est pas aisée.

L'affection et la réaction étant acceptées comme deux mouvements antagonistes en lutte ouverte, je me demande naturellement qui sont les agents de ces mouvements, les lutteurs. Je conçois l'un d'eux : c'est l'unité vitale réagissante ; mais quel est

[1] Chauffard, *loc. cit.*, pag. 428.
[2] Ibid., *loc. cit.*, pag. 429.
[3] Ibid., *loc. cit.*, pag. 432.

l'autre *qui s'organise, qui s'empare de l'unité, qui se fortifie et se développe en elle*, qui, par conséquent, a été primitivement en dehors d'elle ? D'où cet autre tire-t-il la vertu nécessaire pour préparer et exécuter sa conquête ? Faut-il recourir à un acteur qui n'est pas le corps vivant, et rattacher l'affection à un être à part ?

M. Chauffard laisse poindre cette idée lorsqu'il dit [1] que l'affection est une *sorte de parasite*.

Voilà un mot gros de choses, et sur lequel je regrette vivement qu'on ne se soit pas expliqué. Tout le monde sait ce qu'est un parasite, mais non ce qu'est une *sorte de parasite*. On ignore surtout quelle *sorte de parasite* est l'affection. Pour si peu que soit *parasite* l'affection qu'on propose, je vois là une notable restriction apportée au dogme de l'unité vivante, tel qu'il est conçu généralement par M. Chauffard lui-même, d'ailleurs très-chaud partisan de ce dogme.

Assurément, les expressions dont il s'est servi ont trahi sa pensée. Son vrai sentiment est que l'organisme vivant est l'auteur des phénomènes de l'affection comme ceux de la réaction. Alors nous arrivons à ceci : d'un côté, l'unité vivante se prend elle-même d'assaut pour se détruire ; de l'autre, simultanément, elle se protége contre sa propre attaque, et il me faut admettre une ataxie semblable, non pas comme exception, mais comme un fait constant, dans la maladie la plus bénigne. Une pareille pathologie est difficilement croyable. Apparemment veut-on dire que le système agissant en tant qu'affection est contraint et violemment détourné de ses instincts, tandis qu'il est libre et naturel en tant que réagissant. Cette explication ne me contenterait pas ; je persiste dans ma répugnance à admettre que la force vitale puisse être ainsi partagée dans le même moment sans péril pour le sujet. En tout cas, on posait un dogme proclamé fondamental, et c'était bien le moins qu'on dît nettement d'où viennent l'affection et la réaction, et qu'on m'aidât à accommoder leur singulier antagonisme avec l'unité observée dans la plupart des cas morbides.

Une chose reste non douteuse, c'est que l'idée nouvelle de l'affection mène forcément à considérer la maladie comme étant l'œuvre de deux pouvoirs qui se font la guerre, pouvoirs sur le

[1] Chauffard, *loc. cit.*, pag. 433.

compte desquels l'erreur est dangereuse, puisque l'un est l'ennemi à combattre, l'autre l'allié à secourir. Cette opinion a toujours plu au vulgaire, qui la conserve précieusement. Que penser d'une théorie dont la conclusion nous fait rétrograder à ce point?

A qui n'est pas médecin, ce dualisme semble pourtant d'une application facile. *A priori*, en effet, quoi de plus simple que de discerner deux séries d'actions opposées par leur tendance, l'une allant vers la mort, l'autre vers la guérison! Probablement, chacune se signale par des caractères tranchés, se manifeste par des phénomènes spéciaux. En réalité, cela n'est pas. Les procédés de l'affection et ceux de la réaction sont les mêmes. Nous trouvons également de part et d'autre la fièvre, la fluxion, la phlegmasie, l'ulcération, l'hémorrhagie, la gangrène, le spasme, etc. Chacun de ces actes morbides est tantôt conservateur, tantôt malfaisant. Les deux qualités sont souvent mêlées d'une manière inextricable. Le même acte porte à la fois la livrée de l'affection, celle de la réaction; on ne peut dire à qui il appartient. Quel sera l'événement: mort ou guérison? Le plus prudent est de rester sur la réserve (*judicium difficile*), et d'attendre. Selon les circonstances, ou sans que nous sachions pourquoi, ce qui paraît bon est mauvais, ce qui paraît mauvais est bon.

Évidemment, la question de l'affection et de la réaction, dans la théorie que je combats, se complique de tous les embarras du diagnostic et du pronostic, en sorte que la constatation du mode affectif, du mode réactif, n'est pas un moyen de comprendre la maladie, d'apprécier préalablement une partie de sa nature: c'est un but, c'est le diagnostic et le pronostic complets, et l'on nous met de plein saut aux prises avec le problème le plus ardu de la pathologie.

En définitive, on m'assure que dans toute maladie deux puissances ennemies luttent entre elles, que par conséquent la maladie la plus simple est composée; on me recommande, cela allait de soi, de faire le signalement exact de ce qui appartient à chacune de ces puissances, et après cela on s'exprime sur l'une d'elles de deux façons que je ne puis accorder; on ne me dit pas comment un semblable dualisme devient synergie, unité, et l'on me laisse aussi ignorant qu'auparavant sur le diagnostic et le pronostic, seuls moyens cependant de réaliser la distinction capitale commandée. Singulière simplification, singulier progrès!

Je me figure des praticiens convertis à cette théorie et voulant, en présence d'une fièvre typhoïde, d'une intermittente pernicieuse, d'un rhumatisme, d'une syphilis, etc., en cours d'évolution, reconnaître dans la mêlée les deux champions, et attribuer à chacun sa part des prouesses exécutées : pensez-vous qu'ils tombent d'accord? s'entendront-ils même après le dénoûment?

Un mot maintenant sur les intentions prêtées à l'organisme vivant, lesquelles seraient bonnes lors même qu'il se livre aux opérations les plus désastreuses. Qu'entend-on par là? Faut-il prendre à la lettre ce qu'on affirme des plans stratégiques de la force vitale, excellents tels qu'ils sont conçus, mais échouant parfois à cause des difficultés de l'exécution. En admettant franchement le parasitisme de l'affection, le paradoxe aurait quelque couleur de vérité. Ce parasitisme étant accordé, il serait tout simple que la force vitale, quoique faisant pour le mieux, fût obligée de céder devant plus fort qu'elle, comme un général habile qui, manquant de ressources suffisantes, perd une bataille avec tous les honneurs de la guerre.

Mais, malgré les apparences, le parasitisme de l'affection n'est pas au fond de la pensée de M. Chauffard ; l'affection active qu'il décrit tient à la force vitale : c'est la force vitale elle-même agissant pour détruire son organisme. Convenez que lorsqu'elle opère ainsi, il est difficile de croire à la sagesse de ses intentions.

Y a-t-il, en effet, des intentions? L'intention suppose l'intelligence. La force vitale est-elle intelligente? Les animistes, mis en demeure de s'expliquer là-dessus, refusent et accordent tour à tour à la vie la conscience, le jugement, la prévoyance. En somme, la vie est pour eux une intelligence arrêtée sur plusieurs points dans son développement ; mais en pareille matière il n'y a pas de milieu possible. Pour si peu qu'elle se connaisse, juge et prévoie, la vie doit figurer dans la catégorie des intelligences, n'importe à quel degré de l'échelle, et à ce compte elle a des intentions. Dès l'instant qu'elle est ainsi hypothétiquement arrangée à l'image de l'âme, les motifs de ses actes sont analogues aux nôtres ; nous trouvons en nous le type d'après lequel il faut les apprécier, et l'interprétation des faits devient très-périlleuse. D'instinct, nous ramenons notre intelligence aux conditions, aux proportions, à la portée supposée de celle qu'il s'agit de comprendre, et nous lui attribuons inévitablement des intentions, n'ayant de réa-

lité qu'en nous qui les avons imaginées. En cela, nous redevenons enfant, car, comme lui, nous prêtons à l'objet de notre examen nos sentiments et nos idées.

Au *criterium* de l'expérience éclairée par la raison, la force vitale est aveugle, sans conscience, sans intelligence, soumise à des lois qui ne sont ni les lois psychiques ni les lois physico-chimiques. En partant de ce principe, le sens de l'observation n'est pas faussé, et l'on se trouve dans la meilleure situation d'esprit pour bien voir et bien interpréter. Telle est la seule manière acceptable de concevoir la force vitale. Comment, au contraire, éviter le préjugé et l'illusion, si l'on a le parti pris de ramener cette force à l'âme ou bien au dynamisme brut?

L'opinion que je recommande est seule justifiée par les données de l'expérience. Celle-ci ne prouve nullement que la maladie soit un *fac-simile* des combats que l'âme soutient contre elle-même ou contre une influence étrangère. Les manifestations pathologiques sont tantôt franchement conservatrices, tantôt décidément funestes, tantôt mixtes; pourquoi et comment en est-il ainsi? Il faut avant tout le demander aux faits de la vie, et, attendu que l'âme est la seule puissance créée avec laquelle nous sommes en rapport direct, nous procédons, comme en physico-chimie, par voie d'interprétation, d'induction. Apprécier des conditions sensibles, constater l'ordre, la filiation des actes, formuler des lois, cela seul est permis. Nous ne communiquons avec la force vitale que par l'intermédiaire du dehors, et les secrets du dedans nous sont interdits. Il est donc impossible de savoir dans leur réalité intrinsèque les causes qui font agir l'organisme vivant de telle façon ou d'une autre. Autant vaudrait chercher les motifs qui décident l'oxygène et l'hydrogène à s'unir pour former de l'eau.

Quant à ramener à l'unité les qualités variables et parfois contraires des faits observés dans le détail, cela ne nous embarrasse pas plus que les autres savants à qui, sans exception, incombe une pareille tâche. La diversité des moyens, l'opposition, sont partout et n'excluent pas le moins du monde l'équilibre, l'harmonie, l'unité de l'ensemble. L'unité est la condition nécessaire d'une existence quelconque. On peut amoindrir l'unité qui est la vie, exagérer l'indépendance des parties composantes, accepter même l'antagonisme de l'affection et de la réaction animistes; on peut, en un mot, relâcher le lien de cette unité, mais personne

ne se décidera à le rompre. En tant que fait général, l'unité du corps vivant s'impose à tout le monde avec une autorité irrésistible; l'espèce et le degré sont seuls controversés.

Aucun vrai médecin ne doute de l'existence de la faculté médicatrice. Nous savons tous, depuis longtemps, qu'une guérison quelconque est son ouvrage, et sans elle impossible. Accuser Montpellier de restreindre ce dogme est une assertion qui, en dehors de la doctrine de l'impeccabilité, paraîtra prodigieuse. Nous sommes sûrs de donner à la faculté médicatrice toute l'importance qu'elle a, en disant que l'art clinique par excellence consiste à découvrir opportunément les tendances favorables et les tendances contraires de la nature vivante, afin de pouvoir combattre les secondes et porter secours aux premières. Notre constante préoccupation est l'enseignement de cet art ainsi compris, et l'immense majorité de nos confrères l'entend comme nous.

Nous professons que quelque chose de la santé persiste dans le corps le plus malade, agonisant même; c'est ce par quoi il se maintient encore vivant. L'extinction de ce reste de vie hygide est la mort. Son accroissement, qui lui permet de reprendre le terrain perdu, est la guérison. Tout effort médicateur a donc là son point de départ obligé. Il était par conséquent superflu de nous opposer la *vita sana superstes in morbis* mise en lumière par nos aïeux, vérité que nous avons toujours connue et pratiquée. Mais, je le demande encore, qu'avez-vous ajouté à cette idée pour en rendre l'application plus aisée, plus efficace? Je crois, pour mon compte, qu'au lieu d'aider à la solution du problème pratique qu'elle soulève, vous avez créé de nouvelles difficultés.

J'adresse un autre reproche à la théorie animiste de l'affection. L'impeccabilité de l'organisme vivant, contredite par l'examen des phénomènes de la maladie constituée, n'est pas plus soutenable au point de vue étiologique. Il n'est pas du tout prouvé, le lecteur s'en souvient, qu'une provocation venue du dehors soit absolument nécessaire à la formation de la maladie. Dire qu'il existe toujours une provocation cachée en rapport avec l'effet morbide, quand nous n'en voyons point, est une réplique à l'usage d'un avocat qui plaide et non d'un savant qui cherche impartialement la vérité dans les faits tels qu'ils sont. Là où toute investigation est vaine, là où je ne trouve qu'un stimulus visiblement

au-dessous du rôle qui lui est attribué, je suis autorisé à penser qu'on diminue outre mesure la part légitime de la spontanéité, et voici les conséquences qui résultent de cette erreur pour la médecine science et pour la pratique.

Puisque, au commencement de toute maladie, se trouve une *impression qui se fortifie, s'organise, s'empare de l'unité vivante*, il faut avant tout chercher l'étranger qui a produit et qui entretient cette impression. Les maladies sont, sans exception, réactives, dans le sens que j'ai précédemment donné à cette épithète. L'indication par excellence, particulièrement en ce qui concerne la prophylaxie, est d'éviter, d'anéantir le stimulus hostile.

A ce compte, la pathologie serait essentiellement la science du corps vivant mis en mouvement par les puissances malfaisantes avec lesquelles il est en relation. La connaissance approfondie de ces puissances devient alors une condition aussi nécessaire que la connaissance du corps lui-même, et le mécanisme de l'impression, où les deux concourent en part égale, est l'idéal à poursuivre. Or, on ne s'engage pas trop en disant que jamais nous ne posséderons assez intimement les facteurs de ce conflit et leurs rapports mutuels pour bien comprendre l'impression, et il me paraît imprudent de concentrer l'effort du travail de ce côté presque inaccessible, surtout quand il est avéré que beaucoup d'agents provocateurs, et des plus énergiques, nous échappent entièrement; et en second lieu, qu'un grand nombre de maladies dans lesquelles l'impression est un profond mystère, nous sont pourtant connues d'une manière très-satisfaisante.

L'étude du corps vivant est, à notre point de vue, la première et ne peut avoir d'égale. Le médecin ne dédaigne rien, reçoit avec empressement et reconnaissance tous les genres de secours; mais il sait que les actes de la vie lui révèlent mieux que quoi que ce soit les propriétés des choses du dehors qui l'intéressent et lui fournissent les renseignements les plus dignes de confiance sur ce que peut être l'impression; il se souvient que la médecine était définitivement constituée alors que la vraie physique, la vraie chimie n'existaient pas, et que ces sciences, en la faisant marcher d'un pas plus vite vers le progrès, ne l'ont pas révolutionnée. Quiconque s'obstine à accorder aux agents de provocation l'importance exagérée que je blâme, voudra y trouver la moitié au moins du fait morbide initial; et comment fera-t il?

Les faits étiologiques que nous voyons témoignent, il est vrai, contre la théorie de la maladie considérée comme une réaction en lutte avec une impression d'origine externe ; mais ceci n'est pas un obstacle qui puisse arrêter. Savons-nous, dira-t-on, tout ce qui se passe hors de nous et dans les profondeurs de l'économie ? Que de provocations encore inconnues dont l'avenir nous apprendra l'existence ! L'imagination aidant, on se dispense d'attendre ; parmi les suppositions qu'elle invente, il n'y a que l'embarras du choix. Celles qui remplissent une lacune regrettable se changent aisément en faits démontrés. La doctrine ne peut avoir tort, et avec la foi d'un croyant on ajoute, on retranche, selon que cela convient. La distance n'est pas grande entre le dogme arrêté que toute maladie a pour raison d'être une impression constamment présente, et la pensée que pour le cas qu'on a devant soi on a découvert l'agent producteur de cette impression. Beaucoup franchiront ce faible intervalle. Ainsi sera entretenue la vieille et tenace erreur qui consiste à rattacher la pathologie interne à un principe subtil, à un miasme introduits en nous, à la bile, au sang altérés d'une certaine manière qui échappe à l'observation directe; en un mot, à l'un ou à l'autre de ces produits fabuleux adoptés par la mode avec enthousiasme, puis abandonnés, mais toujours remplacés tant que durera quelque part la conviction de la nécessité d'admettre une *matière peccante*, dont la présence cause tout le mal.

M. Chauffard s'élève contre la conception si longtemps adoptée d'un « amas étranger introduit par accident dans nos humeurs, dans nos organes, et que les mouvements s'occupent à travailler, à modifier, à mûrir, à adoucir et à transformer, dans le but de le neutraliser et de le chasser des demeures organiques et humorales où il pénètre[1] ». A ce propos il dit, avec une vérité obscurcie ensuite par ses velléités de parasitisme, que l'affection est « tout entière dans la vie, et qu'on a eu bien tort de la séparer des actes vitaux pour la matérialiser, pour en faire une matière hétérogène destinée à l'élimination ou à l'assimilation, après coction préalable[2]. »

Mais placer l'affection sous la dépendance d'une cause matérielle, n'est pas la matérialiser, et cela n'a pas pour conséquence nécessaire le travail fantastique justement critiqué par M. Chauf-

1 Chauffard, *loc. cit.*, pag. 426.
2 Ibid., *loc. cit.*, pag. 425.

fard. L'affection, telle qu'il la conçoit, n'en reste pas moins nécessairement attachée à un stimulus étranger, car elle ne peut être spontanée. C'est donc toujours ce stimulus qui est la chose essentielle à signaler, à éviter, à éliminer. Les partisans de l'*hétérogène* ne devraient pas paraître si coupables à M. Chauffard; il est parfaitement d'accord avec ceux qui ne commettent pas la faute grossière de confondre l'affection avec sa cause provocatrice, et qui n'acceptent pas la coction telle que les humoristes la concevaient. Comme eux, il exagère l'importance de l'agent du dehors, et, de plus, ce qu'ils ne font pas, il est trop confiant à l'égard des actes morbides réunis par lui sous le nom de réaction; double défaut, du reste inhérent à la pathogénie et à la thérapeutique qu'il a empruntées à l'animisme.

Voilà où conduit logiquement le principe de l'impeccabilité de l'organisme vivant. A ce propos, je crois utile de constater que, pour des motifs différents, une autre École affirme pareillement le caractère réactif des maladies.

Les organiciens disent, en effet, qu'une lésion anatomique est le commencement obligé, la raison d'être d'une action morbide quelconque. Dans ces camps, si opposés d'ailleurs, on s'entend sur ceci, qu'en pathologie tout est réaction contre une impression malfaisante. Si j'étais animiste, je me préoccuperais de cette rencontre avec de pareils adversaires, et sur un point aussi majeur; je me demanderais si je n'ai pas, en établissant mes principes, dépassé quelque part la limite du vrai. En philosophie médicale, comme ailleurs, il n'y a que les extrêmes qui se touchent.

Enfin, et je termine ce débat, supposons que, mes raisons n'étant pas jugées valables, on soutienne encore que toutes les maladies existent en vertu d'une provocation et sont réactives, je maintiens la nécessité de distinguer dans cette immense cohue. Parmi les divisions qu'on peut faire, celle-ci me semble d'une incontestable utilité:

1° Maladies dans lesquelles une provocation appréciable, persistante, fournit l'indication qui se présente avant les autres;

2° Maladies dans lesquelles un état spécial, idiopathique de l'ensemble, est le fait essentiellement constitutif et suggérant l'indication principale.

Tous les praticiens, par leur conduite au lit du malade, déposent unanimement en faveur de cette distinction. Il faut donc l'ad-

mettre en pathologie générale, et rien ne dispense d'examiner un sujet de cette portée. Refusez, je puis concéder cela, refusez le mot affection pour désigner les maladies de la deuxième catégorie ; mais la conscience médicale révoltée ne permettra pas de supprimer la pensée. Animistes ou organiciens, il vous faudra en tenir compte et l'étudier à votre point de vue. Si ces pages n'obtenaient que ce résultat, je me féliciterais de les avoir écrites ; mais j'espère que, comme l'idée, l'expression dont je me suis servi recevra l'approbation de ceux qui voudront bien les lire.

CHAPITRE III.

DE LA DIATHÈSE ET DES AFFECTIONS DIATHÉSIQUES.

La diathèse a été comprise de façons tellement différentes, qu'il semble difficile de s'entendre à son sujet. Ce désaccord ne va pas aussi loin qu'on le croit ; si je ne me trompe, l'état actuel des esprits permet un rapprochement, et les praticiens ont, malgré les dissidences apparentes, une pensée au fond semblable que je vais m'efforcer de démêler et de formuler.

Et d'abord, assurons-nous qu'en étudiant la diathèse on ne poursuit pas une chimère. Je remarque que le mot diathèse a été employé, et l'est encore par tout le monde, même par les médecins dont les doctrines repoussent logiquement la chose. C'est donc un mot nécessaire. Or, un mot nécessaire implique un objet réel. Cela seul suffirait à donner confiance.

Une autre réflexion également rassurante, c'est que les opinions les plus extrêmes qu'on s'est faites sur la diathèse contiennent une partie du vrai et se touchent par ce côté. On peut donc avoir l'espérance de les rallier. Et, par exemple, l'École organicienne admet des diathèses ; la diathèse est, dit-elle, l'action exubérante d'un organe, et il y en a autant que d'organes : diathèses encéphalique, pulmonaire, hépatique, utérine, etc. D'après cette école, la prédominance d'un organe constitue le tempérament hygide lorsqu'elle s'exerce sans troubler l'harmonie des fonctions ; mais quand cette prédominance est telle que le moindre accroissement suscité par une provocation légère est incompatible avec la santé, alors le tempérament devient une diathèse. Il y a là une idée bonne à recueillir, et dont nous retrouverons l'équi-

valent; mais si nous voulons utiliser cette définition, comme la plupart de celles qu'on a données de la diathèse, de notables corrections seront nécessaires.

Pour ne pas m'attarder dans une longue polémique, du reste inutile, j'établis comme un fait accepté par tous les médecins, que la qualité diathésique appartient exclusivement à l'état morbide qui est pour nous l'affection, quel que soit le nom qu'on lui donne ailleurs. Alors une première question se présente. Toutes les affections sont-elles diathésiques? Si oui, la qualité diathésique doit entrer dans la définition de l'affection. Si non, diathèse et affection ne sont pas identiques, et il faudra trouver la différence. Chacune de ces opinions compte des partisans.

Un médecin italien, Tommasini, est le plus illustre représentant de la première. Il divise la pathologie de la manière suivante : d'abord les maladies *instrumentales* (hernie, luxation), etc., pour lesquelles il ne peut être question de diathèse. Les maladies vitales ne sont pas davantage diathésiques quand elles ont avec leur cause provocatrice un rapport tel, qu'elles disparaissent avec elle; Tommasini appelle ces maladies *irritatives*. Il réserve l'épithète *diathésique* pour les maladies qui survivent à leur provocation et subsistent par elles-mêmes. Ce sont là, en effet, les traits de l'affection, et comme dans la doctrine adoptée par l'auteur italien il n'y a que deux modes pathologiques possibles, l'hypersthénie et l'hyposthénie, il n'y a aussi pour lui que deux diathèses. Les médecins qui ne veulent pas de cette dichotomie en connaissent plusieurs et disent : diathèses bilieuse, catarrhale, inflammatoire, varioleuse, etc., dans le même sens qu'affection. Pour ces derniers, la diathèse ne peut se rencontrer que dans l'affection. En cela, ils ont parfaitement raison; mais ils ont tort, selon moi, en soutenant que toutes les affections sont des diathèses.

Si *diathèse* et *affection* étaient deux expressions synonymes, pourquoi les conserverait-on depuis si longtemps l'une à côté de l'autre? Certainement elles ne correspondent pas tout à fait à la même pensée. Examinons donc, et si nous découvrons des caractères assez importants en pratique pour justifier une différence, maintenons cette différence, et admettons la diathèse comme un caractère spécial qui peut s'ajouter ou manquer à l'affection.

Qu'est-ce que la qualité diathésique?

Διάθεσις, dont les Latins ont fait *diathesis* et nous diathèse,

est formé de la préposition διὰ, *à travers*, et du verbe τίθημι, *je pose, j'établis*. Le mot diathèse a donc primitivement été employé pour désigner une chose ajoutée et durable. C'était en effet l'opinion des anciens; mais la diathèse peut exister aussi bien en puissance qu'à l'état de réalisation. Galien a adopté la première interprétation; pour lui, la diathèse est la disposition permanente à la maladie. L'autorité de Galien entraîna la majorité, et la diathèse fut confondue avec la prédisposition. Presque de nos jours, quelques-uns ont réservé ce mot pour la prédisposition avancée, mûrie, tellement près de la maladie que la nuance était indécise. Brown exprima cette pensée en disant que la diathèse était l'opportunité morbide. M. Chomel enseigne dans ses *Éléments de pathologie générale* que prédisposition et diathèse ne diffèrent que du moins au plus. Quelques médecins, toutefois en très-petit nombre, sont restés fidèles à Galien.

On veut aujourd'hui que la diathèse soit un fait décidément morbide. Diathèses syphilitique, goutteuse, scrofuleuse, etc., signifient une maladie établie, en cours d'évolution, et non une maladie en train de se former. Tommasini, ainsi que nous l'avons vu, M. Baumès et tous les auteurs qui ont traité *ex professo* de la diathèse, sont de cet avis, et tellement convaincus, qu'ils ne comprennent pas qu'on puisse penser autrement. Déjà Fernel, autorité très-grave en matière de pathologie générale, avait placé la diathèse dans ce que j'ai proposé d'appeler affection.

Doit-on regretter que la diathèse ait été ainsi transportée du domaine de la prédisposition dans celui de la maladie constituée? Je ne le pense pas; ce mouvement presque unanime a sa raison dans une bonne interprétation des faits, et était inévitable. Néanmoins l'idée de Galien est exacte à un certain point de vue, et s'il existe, comme cela est, des affections contenant en elles une prédisposition prononcée à répéter leurs actes morbides, elles sont certainement les vraies affections diathésiques. Il s'agit de donner le signalement de ces affections.

Beaucoup de maladies affectives ne peuvent s'établir pour longtemps; ce sont celles dont les manifestations atteignent vite un haut degré de violence. Elles s'effacent bientôt ou brisent l'existence. Ce sont des perturbations tolérables seulement à court terme, des accidents, des orages passagers : pyrexies, phlegmasies aiguës et toutes les affections à la fois énergiques et peu fixes,

produisant des phénomènes à croissance rapide dont la durée est incompatible avec la vie.

La modération des symptômes des autres affections permet une association assez longue avec les fonctions hygides indispensables. Les actes morbides ne sont pas ordonnés pour éliminer l'affection ; au contraire, ils lui donnent plus de consistance et vont en prenant incessamment de l'extension ou en se multipliant. Ces actes morbides disparaissent-ils, ce n'est que pour un temps, et il est évident que la cause interne a persisté. On ne peut nier qu'il en soit ainsi dans la goutte, dans la syphilis, dans la tuberculose, dans le cancer, etc. ; l'affection est alors obstinée, inhérente au sujet.

Ces affections, une fois formées, s'établissent comme une seconde nature. Désormais le tubercule, le cancer, l'attaque de goutte, se réalisent aussi aisément que le fait une opération hygide. Une vie nouvelle, vie pathologique, s'est unie à l'ancienne et forme un tout à unité stable pendant un assez long temps, ayant des mœurs, des lois propres.

Si le portrait que je viens de tracer est exact, les maladies qui en sont l'original proviennent d'une viciation différente de celle qui constitue l'état morbide des affections accidentelles, inassociables, puisqu'elle est permanente et tolérée pendant une longue période.

N'est-ce pas un trait caractéristique important, que ce pouvoir qu'a le corps vivant de répéter les actes morbides disparus, d'en ajouter d'autres, divers de forme et non de nature ? N'en doutons pas, une prédisposition incessante, parfois inépuisable tant que la vie dure, veut être prise en sérieuse considération.

Les affections accidentelles, mobiles, et les affections constitutionnelles, fixes, que je viens de comparer, ne sont pas tout à fait l'équivalent de l'ancienne division des maladies en aiguës et en chroniques. A mes yeux, les affections diathésiques sont toujours chroniques, mais la réciproque n'a pas lieu.

Et d'abord, je fais observer que beaucoup de maladies aiguës ou chroniques ne sont pas affectives et n'ont, par conséquent, rien de commun avec la diathèse.

Ne sont pas diathésiques, pas plus que les réactions chroniques, les affections localisées dans une partie qui, par suite de sa dégradation anatomique, ne peut pas se restaurer. Ainsi, une phlegmasie chronique, reliquat d'une affection, n'est pas diathésique parce

que l'affection a disparu. D'autres fois l'affection peut durer, et ne pas revêtir pourtant la qualité diathésique : par exemple, une affection (catarrhale, bilieuse, inflammatoire, une névrose) entretenue par une mauvaise hygiène, méconnue par le médecin qui n'institue pas le traitement convenable. La suite démontrera que toute affection qui, n'ayant pas pris encore suffisamment racine dans la constitution, est curable, mais marche lentement vers sa solution et se perpétue uniquement par la faute du malade, du médecin ou de tous les deux, n'est pas diathésique. Toutefois, la durée d'une affection est certes un motif pour la soupçonner diathésique. Ici, il peut y avoir des nuances difficiles à apprécier; mais d'après ce qu'on sait des affections, on doit admettre que les unes deviennent plus aisément diathésiques que les autres : les rhumatismales, les scorbutiques par exemple, plus aisément que les bilieuses. Il y a des affections qui naturellement sont aiguës, et qui par suite de circonstances particulières peuvent prendre le caractère chronique (inflammatoire, catarrhale, bilieuse, muqueuse); celles-là ne sont guère susceptibles de devenir diathésiques. L'expérience a prouvé que la qualité diathésique convient surtout aux maladies qui se montrent habituellement à l'état chronique.

Les fièvres exanthématiques, variole, rougeole, la fièvre typhoïde, ne peuvent pas devenir diathésiques parce qu'elles ne peuvent pas devenir chroniques. Mais elles sont plus d'une fois le signal de l'apparition d'une maladie chronique diathésique.

Une maladie peut être longue parce qu'une complication, une lésion locale irrésoluble, s'opposent à sa guérison. Le fait de la chronicité dans les diathèses est tout autre. Si la solution de la maladie est difficile, ce n'est pas parce qu'une cause compliquante s'y oppose, ce n'est pas parce que le système vivant veut guérir et ne peut pas ; au contraire, les choses sont arrangées pour le développement et la durée du mal. Il y a consentement de la part de l'ensemble. Les crises partielles observées dans certaines maladies diathésiques, la goutte par exemple ; ces crises, pour si bienfaisantes qu'elles soient, ont pour résultat de faire entrer l'affection plus avant dans la vie, en la régularisant pour l'accommoder à la synergie générale. Ce consensus, cette vie nouvelle *sui generis*, exigent qu'on distingue des autres les affections où on les observe.

Je compare ces affections, dont la persistance vient d'une véritable naturalisation, aux racines d'une plante vivace qui pénètrent profondément à proportion que la tige se développe, qui se conservent vivantes lors même que la tige est morte, et sont capables, l'année d'après, d'en reproduire une nouvelle plus vigoureuse.

Une répétition pareille d'actes semblables ou congénères, malgré la diversité de la forme, est certes le résultat d'une prédisposition ; mais cette prédisposition doit être distinguée de celle qui a présidé à la formation de la maladie, puisqu'elle appartient à la maladie formée. Je fais ainsi une part équitable à l'idée galénique, et j'inscris parmi les caractères de la diathèse cette espèce de prédisposition.

J'ai employé le mot : vie nouvelle, pour donner une idée de la diathèse. Une explication sur la valeur de ce mot me paraît nécessaire. Cette vie nouvelle est le produit de l'association à long terme de l'activité hygide avec une activité pathologique. Elle diffère ostensiblement de ce qui a lieu lorsqu'un désordre local trop avancé retarde ou empêche la guérison, ou lorsqu'une complication enraie le mouvement médicateur. Ce n'est pas non plus ce qu'on observe dans les maladies chroniques qui sont entretenues par un accroissement ou une diminution du ton normal de l'ensemble. La vie nouvelle diathésique se distingue, non pas seulement par la quantité, mais par la qualité de l'action.

Un individu goutteux, syphilitique, etc., vit d'une vie marquée par un cachet intime, original, qui la spécialise, en fait une existence à part des autres existences, et qui rappelle dans la sphère pathologique ce qu'est le tempérament dans l'ordre hygide. Un tempérament n'est pas simplement la prédominance d'un organe ou d'un appareil ; cela s'y trouve, mais il y a autre chose encore. Le tempérament est l'ensemble des qualités constantes qui spécifient la vie d'un individu bien portant L'énergie quantitative n'entre pas d'une manière essentielle dans la notion du tempérament. On peut, en effet, être fort ou faible, avec un tempérament quelconque, et cela ne change rien à la qualité de ce dernier.

Nous retrouvons les caractères du tempérament dans l'affection diathésique, puisqu'il y a également des qualités constantes qui spécifient l'économie et la font agir d'une certaine manière que

l'on ne peut ramener à ce qui, dans les forces, est susceptible de mesure.

En résumé, un sujet cancéreux, un sujet scrofuleux, etc., sont en pathologie l'analogue d'un individu bilieux, d'un individu sanguin, etc., en physiologie hygide. La diathèse est donc un tempérament morbide. Ce mot, bien compris, contient la définition suivante, plus explicite :

Sont diathésiques, les affections constitutionnelles imprimant à la vie un cachet spécial; ces affections ordonnées pour la durée, sans tendance à la solution, se fortifient par la répétition de leurs actes, lesquels, continus ou intermittents et pouvant varier de forme, se rattachent à la même cause générale et font partie d'une même unité morbide.

Ceci est plus qu'une définition. J'ai ajouté à dessein quelques-uns des traits qui caractérisent l'évolution des maladies diathésiques.

Dans ce qui précède, j'ai, ce me semble, concilié, en en prenant le vrai, les définitions diverses qu'on a données de la diathèse: l'idée de la prédisposition mise en saillie par Galien; celles de Fernel, de Tommasini et de tous les modernes, d'après lesquelles la diathèse ne peut s'entendre que d'une maladie constituée ; les idées d'état morbide latent survivant à ses manifestations, de dyscrasie, de vice dynamique de l'ensemble, remarquables par leur obstination, etc. Au fond de tout cela gît la même pensée, quoique non exprimée : la diathèse est un tempérament morbide.

Un tempérament morbide ne peut avoir la même stabilité qu'un tempérament hygide, il tend plus que ce dernier à l'exagération. Il est tout simple d'ailleurs que la vie pathologiquement déviée, quoique soumise à un certain ordre, soit le plus souvent atteinte d'une caducité précoce. Évidemment, si elle avance toujours dans la même direction, l'atteinte portée à l'équilibre, l'altération des organes, le désordre des fonctions, deviendront tels qu'une mort anticipée en sera la conséquence.

Les mœurs des maladies aiguës sont bien différentes. La perturbation que ces maladies apportent est trop brusque, trop violente pour être longtemps compatible avec la vie. Leurs actes morbides ont généralement un caractère résolutif, et s'ils ne l'ont pas, ou bien si, le possédant, ils ne peuvent atteindre leur but en conservant leur véhémence, la mort est inévitable et prochaine.

Les chances de restauration spontanée sont nulles tant que l'affection est diathésique ; et pour obtenir un mouvement réparateur, il faut transformer la constitution entière lentement et profondément viciée, ce qui exige un temps considérable et des procédés autres que ceux qui suffisent au traitement des affections aiguës. Ces motifs, dont tout le monde comprend la valeur, me semblent décisifs contre les quelques médecins qui s'obstinent à donner aux affections aiguës le nom de diathèse ; en tout cas, ce seraient des diathèses bien différentes des autres.

Il y a, j'en conviens, dans certaines affections aiguës, un trait noté parmi ceux des affections diathésiques, et qui, en ce qui les concerne, fait paraître cette épithète moins choquante: c'est la répétition des mêmes actes morbides, successivement ou à la fois, dans diverses parties. On ne peut le nier, ce fait est l'analogue de la reproduction des actes congénères diathésiques, et lorsque c'est lui qui a frappé exclusivement l'attention, le mot diathèse a pu naturellement être prononcé. C'est ainsi qu'on a nommé sans trop d'opposition, diathèse purulente, une maladie aiguë dans laquelle la capacité de produire des suppurations multiples a été constatée. Toutefois, si je ne me trompe, le succès partiel et d'estime qu'a obtenu l'expression diathèse purulente, s'explique par ceci, qu'elle avait le mérite de remplacer les mots phlébite, infection, résorption purulentes, alors en usage, et dont l'impropriété était manifeste aux yeux de tous les vrais observateurs. Appeler cela diathèse était un progrès, puisque diathèse implique affection : or affection proteste contre l'idée organicienne qui voulait trouver la raison de cette purulence générale dans un même fait purement local.

Mais ici, diathèse n'est pas le mot propre. On devrait dire, à ce compte, diathèses tétanique, rabique, varioleuse, érysipélateuse, etc. On appellerait diathèse le rhumatisme aigu aussi bien que le chronique, et de même les autres maladies à répétitions. Il faudrait avoir le courage d'imiter Tommasini, et déclarer diathésiques toutes les affections aiguës. Or, cela est impossible. Une pareille pensée a été instinctivement repoussée. Si la notion de tempérament morbide, telle que je l'ai présentée, convient à certaines affections, ces affections sont trop distinctes des aiguës pour qu'il soit permis de les confondre. La proposition de Tommasini a été sans écho, du moins en France, sauf la surprise relative à la

diathèse purulente, surprise qui n'a trompé, du reste, qu'un petit nombre de praticiens. La fixité, la profondeur de l'état morbide, son association à long terme avec les fonctions hygides indispensables ; la faculté médicatrice travaillant elle-même à renforcer, à faire durer la maladie, et ne profitant au sujet qu'à cette condition ; la rareté des restaurations spontanées, la nécessité d'un traitement long et radicalement transformateur, caractérisent la diathèse bien mieux encore que la répétition des mêmes actes pathologiques.

Beaucoup, voulant se rendre compte de la difficulté qu'on éprouve à détruire l'état morbide diathésique, le rattachent à une lésion permanente de l'agrégat matériel et surtout du sang.

Les humoristes invoquent l'autorité de Bordeu, qui, dans son livre intitulé *Analyse médicinale du sang*, poursuit avec une admirable sagacité les conséquences pour l'économie de la production exagérée de chacune de nos humeurs hygides, sang, sérosité, bile, lait, sperme, etc. Assimiler cela aux maladies diathésiques, c'est aller au-delà de la pensée de l'auteur, qui ne prétend nullement voir la diathèse dans le fait seul de la surabondance d'une humeur naturelle.

La vérité est que des altérations organiques ou humorales existent dans les diathèses au même titre que dans les autres maladies, ni plus ni moins, provocations ou effets, mais jamais vraies causes génératrices. Certes, plusieurs maladies diathésiques, syphilis, scrofule, scorbut, dartres, etc., s'expriment par des actes qui ne permettent pas de méconnaître une lésion spéciale de la faculté plastique. Mais les actes indiquant cette lésion ne font pas partie nécessaire de la maladie. L'affection syphilitique elle-même peut ne se manifester que par des douleurs, par des accès de fièvre, etc. L'affection dartreuse, plus souvent qu'on ne le croit, prend les symptômes d'une névrose. Les lésions plastiques ne doivent donc pas figurer parmi les caractères essentiels d'une affection syphilitique, herpétique, etc., puisqu'elles peuvent manquer. S'il en est ainsi, d'où vient la répugnance de certains à admettre des diathèses purement nerveuses? Pourquoi, si l'épilepsie, l'hystérie, la névralgie, sont passées à l'état de tempérament morbide, ne pas convenir qu'elles ont pris alors la qualité diathésique? Pour mon compte, je reconnais sans hésiter la possibilité de diathèses de ce genre, et je ne crois pas fondée l'opi-

nion de ceux qui exigent absolument la présence d'une lésion anatomique. Les raisons que je viens de donner en faveur de la *non-nécessité* d'une altération de l'agrégat dans les affections syphilitique, herpétique, dont personne ne conteste la qualité diathésique, me paraissent devoir porter la conviction dans tous les esprits. Les auteurs qui caractérisent la diathèse par une déviation de la plasticité, qu'ils décrivent et définissent, et qui font de cette altération une condition obligée, sont manifestement dans l'erreur.

F. Bérard, imité en cela par des médecins d'une grande autorité, a voulu que les maladies diathésiques fussent nécessairement spécifiques. Je remarque la rareté des partisans de cette opinion. Lisez les traités de Pathologie générale, lisez l'ouvrage que M. Baumès a consacré à l'étude des diathèses, et vous vous assurerez que cette question n'a pas même été posée; avec raison, d'après moi, car la diathèse peut être conçue sans faire intervenir la spécificité. Je n'ai pas dit un mot de cette dernière, et je crois pourtant avoir donné une idée suffisante de la diathèse. Cela étant vrai, il faut s'en féliciter, car le problème de la spécificité est encore plus obscur, plus controversé que celui de la diathèse. A moins d'y être contraint, n'apportons pas dans le débat actuel une pareille complication.

J'ai été amené, par les réflexions suivantes, à l'avis que la spécificité et la diathèse sont deux choses, à plusieurs égards, indépendantes l'une de l'autre.

Et d'abord, certaines maladies (rage, variole, rougeole, scarlatine, etc.) sont spécifiques et point diathésiques. La spécificité peut donc exister sans diathèse.

On s'accorde généralement à penser que les maladies spécifiques sont celles dont la théorie rationnelle n'a encore pu être faite; supposons, et qui oserait contester cette possibilité? supposons, dis-je, que des lumières nouvelles permettent de comprendre la syphilis, la goutte, la scrofule, le scorbut, etc., à l'égal d'une fièvre inflammatoire, d'une pleurésie, d'une hydropisie, etc. : perdraient-elles, par cela seul, leur aptitude à être diathésiques ?

La qualité spécifique est inhérente à l'affection depuis le commencement jusqu'à la fin. Supprimez par la pensée ce qui dans la syphilis la fait admettre comme spécifique, et vous n'avez plus de syphilis. La qualité diathésique, au contraire, n'est indis-

pensable dans aucune affection : elle peut manquer sans que la maladie cesse d'exister avec ses caractères essentiels. Un rhumatisme, un scorbut, non diathésiques, sont toujours rhumatisme, scorbut. Une maladie a des racines plus ou moins profondes sans cesser d'être elle-même. Acquérir plus d'opiniâtreté est pour elle augmenter de puissance, mais non changer de nature. Il en est ainsi des passions morales; tenaces ou faciles à vaincre, l'amour est toujours l'amour, la haine est toujours la haine. Remarquez d'ailleurs qu'une maladie jusque-là diathésique ne l'est plus au moment où elle tend à guérir, car sa guérison est la négation de tous les caractères de la diathèse. Deux faits, spécificité, diathèse, dont l'un constitue l'élément essentiel d'une maladie, et dont l'autre peut exceptionnellement manquer, et manque nécessairement quand la maladie marche vers sa solution, ne sont pas certes inséparables.

Enfin, si, comme j'espère le prouver, parfois certaines maladies incontestablement non spécifiques présentent toutes les allures de la diathèse, la possibilité de l'indépendance réciproque des deux qualités devra être admise sans difficulté.

Pour tous ces motifs, je n'ai pas cru devoir faire entrer la spécificité dans la définition de la diathèse; je reconnais néanmoins que les affections habituellement et le plus fortement diathésiques sont des affections spécifiques, circonstance qui atténue beaucoup, en pratique ordinaire, l'importance du présent débat.

Il est temps d'étudier la diathèse en elle-même, et de la suivre dans ses développements depuis son commencement jusqu'à sa fin.

Il n'y a d'abord qu'une prédisposition spontanée, fréquemment héréditaire, ou bien née sous l'influence de provocations extérieures puissantes par leur grande énergie ou par leur durée. La prédisposition étant devenue maladie, celle-ci n'a pas une marche ostensible toujours la même. Tantôt on n'observe qu'un seul produit morbide, et, s'il en paraît plusieurs, ils ont la même forme. Tantôt ces produits, quoique provenant d'un seul état morbide, diffèrent notablement en apparence.

M. Baumès [1], M. Gintrac [2], distinguent les diathèses d'après la similitude ou la dissemblance des produits. Les unes fournissent

[1] Baumès; *Précis théorique et pratique sur les diathèses*. 1853.
[2] Gintrac; *Cours théorique et clinique de pathologie interne*.

invariablement la même matière, tuberculeuse, mélanique, etc. : ce sont les diathèses *monogéniques* de M. Gintrac, les diathèses *uniformes* de M. Baumès. Dans d'autres diathèses, syphilis, scrofule, cancer, etc., ces produits sont anatomiquement distincts entre eux : diathèses *polygéniques* de M. Gintrac, *multiformes* de M. Baumès. Cette classification purement graphique n'a pas la valeur que M. Gintrac lui a prêtée. M. Gintrac pense que les diathèses polygéniques sont reconnaissables dès la première manifestation, tandis que pour les monogéniques la qualité diathèse ne peut être affirmée qu'*à posteriori*, lorsque d'autres produits semblables ont suivi les premiers. Cette règle souffre trop d'exceptions pour pouvoir être maintenue. Très-souvent les diathèses tuberculeuse, lithique, qui sont monogéniques, sont reconnues dès la première apparition du tubercule, du gravier. De l'autre côté, le scorbut est polygénique dans ses manifestations, et cependant parfois il disparaît promptement, et alors il n'a pas les caractères de la diathèse.

Pour M. Bazin, les maladies diathésiques sont caractérisées par la formation d'un seul produit morbide qui peut avoir son siége indistinctement dans tous les systèmes organiques ; exemples : diathèse tuberculeuse, cancéreuse, etc. Ce même auteur admet, en outre, des maladies constitutionnelles caractérisées par un ensemble de produits morbides; exemples : scrofule, syphilis, etc. Je ne connais personne qui ait accepté cette distinction singulière.

Les manifestations d'une diathèse peuvent s'arrêter, s'évanouir même, sans qu'on soit autorisé à croire que le malade est guéri ou va guérir ; fréquemment l'affection s'attarde ou passe à l'état latent. Dans ce dernier cas, rien d'appréciable n'indique sa persistance. La marche des actes morbides est alors intermittente, à intervalles irréguliers pouvant être fort longs. La guérison d'une affection diathésique est lente, difficile ; elle est possible, quoi qu'on en ait dit. Rarement cette guérison est spontanée ; presque toujours l'art y concourt. Pour qu'une affection diathésique disparaisse complètement, le tempérament morbide qui l'entretient doit être détruit. Ce tempérament est l'obstacle, et, celui-ci n'existant plus, la maladie rentre dans la condition des autres. Elle cesse d'être diathèse à partir du moment où rien dans l'ensemble ne s'oppose à la guérison.

Trop souvent la qualité diathésique persiste, et avec elle, né-

cessairement, la maladie. La mort peut venir d'une autre cause; mais toute maladie qui conserve sa qualité diathésique et progresse doit, tôt ou tard, être mortelle. La viciation dynamique devient de plus en plus profonde, les manifestations morbides se multiplient. Arrive enfin un moment où le désordre est tel, qu'il ne permet pas la continuation de la vie.

L'époque où le corps entier (force, facultés, agrégat) prend fortement l'empreinte de l'affection et dépérit sous le coup d'une vieillesse anticipée et morbide, est, d'après certains auteurs, divisible en deux, dont la première est la *cachexie*, et la seconde la *cacochymie*. Dans cet ordre d'idées, la cachexie est l'accumulation des produits vivants de la diathèse au sein de nos parties; la cacochymie est la série des actes qui préparent et consomment la mort de ces produits. La cacochymie constitue la dernière étape de la diathèse, celle qui annonce l'approche du dénoûment fatal. Certains produits, diathésiques il est vrai, tubercule, cancer, etc., parcourent deux périodes, l'une de formation et d'accroissement, l'autre de décadence et d'élimination. Ce second travail, cela est encore vrai, accélère ordinairement le dépérissement du sujet. Toutefois les exemples contraires ne sont pas rares. On a observé des tubercules, des productions cancéreuses, parvenus à leur période de destruction, sans symptômes de cacochymie et même de cachexie dans le reste du système.

La cachexie a seulement, quand elle est générale, la triste signification que ce mot entraîne avec lui. Quant à la cacochymie, je ne pense pas qu'on puisse la distinguer de la cachexie par un trait distinct; il est mieux de la considérer comme étant le plus haut degré de cette dernière. Hippocrate et Galien définissaient la cachexie : *malus atque vitiosus corporis habitus*, et cet état comprend naturellement la cacochymie.

La cachexie générale suppose donc une détérioration du corps suite d'une atteinte grave portée aux grandes fonctions. Sa présence annonce que l'accord transitoire qui s'est fait avec la maladie a cessé d'exister, que le tempérament morbide a, par son excès, amené une prédominance intolérable du mouvement destructeur sur le mouvement conservateur. Cela s'observe à la fin des affections diathésiques nerveuses, comme à la fin de celles qui ont pour élément une lésion de la faculté plastique. L'épilepsie, l'hystérie constitutionnelles et vieillies ont leur cachexie dans laquelle

certainement on peut penser, d'après l'aspect des sujets, que les liquides et les tissus ont subi matériellement l'influence de la maladie.

La cachexie n'appartient pas exclusivement aux maladies diathésiques. On la rencontre dans les maladies simplement chroniques et même dans les aiguës. Un sujet qui meurt lentement d'une hépatite ancienne, passe par un état qui ne diffère en rien de la cachexie. Sauf la durée, qui est plus courte, cet état se présente dans les derniers moments des maladies aiguës mortelles. On peut donc dire, sans sortir de la vérité, que lorsque la vie n'est pas tronquée par l'arrêt subit d'une fonction nécessaire, il y a dans toute maladie qui tue, *malus atque vitiosus corporis habitus*, et par conséquent cachexie.

Quelques médecins, et je suis de leur avis, admettent des cachexies locales. Un membre, par exemple, longtemps emprisonné et immobilisé dans un appareil à fracture, présente assez des traits de la cachexie pour qu'on dise qu'il est cachectique. Évidemment la cachexie locale, surtout si elle est la conséquence de mauvaises conditions extérieures à action limitée, n'a pas la fâcheuse signification pronostique qui appartient à la cachexie de l'ensemble.

La maladie diathésique peut ne pas parcourir la totalité des phases dont je viens de parler, et ne pas aller jusqu'à la cachexie. Les choses se passent alors de la façon suivante:

J'ai dit qu'un des caractères de la diathèse est son renforcement par la formation de ses produits. Il en est effectivement ainsi, tant qu'il y a diathèse. Mais il se peut qu'une première manifestation morbide épuise et arrête l'affection, laquelle, dans ce cas, n'est pas diathésique. Il se peut aussi que l'affection ne trouve sa fin que dans une manifestation qui a succédé à deux ou plusieurs autres; l'affection, un temps diathésique, a cessé de l'être, disparaît, laissant après elle une lésion dont elle est la mère, mais qui désormais marche seule et par sa propre force. La maladie a changé de nature: de générale qu'elle était, elle est devenue locale. Beaucoup de maladies affectives se réduisent ainsi à une lésion organique et aux suites de cette lésion. Selon la nature, le siége, la sensibilité, le sujet la tolère, guérit ou meurt. Assez fréquemment, en effet, nous observons des lésions organiques d'origine affective qui survivent à leur cause générale. Dans d'autres

circonstances, l'affection persiste en même temps que son produit, continue son évolution jusqu'à la cachexie, dont les dangers s'ajoutent à ceux de la lésion.

Il reste évident que la cachexie n'est pas la compagne obligée de la diathèse, le sujet pouvant guérir ou mourir avant elle.

La diathèse n'étant qu'un état morbide plus profond, plus enraciné, plus fixe, n'a pas d'actes morbides qui lui soient propres; ceux qu'on observe sont les actes morbides de la maladie elle-même, telle qu'elle se présenterait si elle n'était pas diathésique; il n'y a de différent que leur permanence, leur répétition et la gravité des conséquences que cela entraîne. Les uns, ayant une marche aiguë, paraissent, disparaissent et sont intermittents; ceux qui sont continus progressent lentement, subissent un temps d'arrêt, restent stationnaires, et, s'ils ne sont pas supprimés par la mort ou par la guérison, parcourent la totalité de leurs phases avec des temps très-inégaux selon les cas. Chacun a ses périls, provenant de l'influence qu'il exerce sur les parties voisines ou sur l'ensemble. Les produits de formation nouvelle naissent, grandissent et meurent sur place. La durée totale de l'évolution est variable, non-seulement pour les produits différents, mais pour ceux de la même espèce. La période de dégénérescence est la plus redoutable. Une masse cancéreuse parvenue à cette période devient un foyer d'infection pour les glandes lymphatiques voisines, pour le système entier, et concourt puissamment ainsi à établir la cachexie.

Quels que soient les actes morbides, quand ils sont trop avancés pour pouvoir être tolérés, ils suscitent une fièvre de réaction dite *hectique*, qui marche habituellement avec la cachexie et en accélère les progrès.

D'autres manifestations, tout en renforçant la diathèse, donnent à l'affection une satisfaction provisoire, et contribuent à maintenir l'accord de la maladie avec le fonctionnement hygide. Tout le monde connaît ce genre d'avantage des attaques de goutte régulière, des flux hémorrhoïdaux, dans les diathèses de ce nom. Les actes morbides peuvent donc être dangereux, inutiles, utiles. L'importance pratique de cette appréciation est manifeste.

Comme toutes les affections, la maladie diathésique peut être localisée dans son siége approprié ou être mal placée. Les manifestations périphériques sont le plus souhaitables; elles contentent

suffisamment le besoin morbide, en arrêtent le progrès, et, tout égal d'ailleurs, provoquent moins d'intolérances.

En sa qualité d'affection, la maladie diathésique est susceptible de dissimuler ses symptômes habituels derrière ceux d'une autre espèce morbide. La diathèse herpétique se cache parfois sous la forme d'une névropathie : hystérie, épilepsie, asthme; la syphilis peut prendre une foule de masques. Ce dernier sujet a été traité avec talent par le Dr Yvaren, sous le titre de *Métamorphoses de la syphilis.*

La diathèse, étant un tempérament morbide, exerce, comme le tempérament hygide, une influence sur les maladies survenant pendant sa durée. De même qu'une blessure, un catarrhe, une phlegmasie, n'évoluent pas de la même manière chez un sujet fortement sanguin, chez un lymphatique, etc.; ainsi, et à plus forte raison, une diathèse modifie la marche et même la nature d'une maladie intercurrente. Il est difficile de signaler tous les cas possibles, je me contenterai d'indiquer les principaux et de poser quelques règles générales.

Trois circonstances peuvent se présenter : la maladie nouvelle n'est nullement atteinte par la diathèse; elle est altérée dans ses phénomènes médicateurs; elle est tout entière assimilée par la diathèse. Soit, par exemple, une plaie, chez un scrofuleux : ou bien cette plaie ne présente rien de particulier, et guérit comme les autres; ou bien sa guérison est laborieuse et lente; ou bien elle devient un ulcère scrofuleux.

D'ordinaire, une diathèse peu avancée exerce sur la maladie une influence nulle ou très-faible. Cette règle présente des exceptions fort difficiles à expliquer. Ainsi, deux syphilitiques paraissant semblables, seront blessés de la même manière. Chez l'un la plaie se cicatrisera parfaitement, chez l'autre elle prendra le caractère de l'affection et deviendra un ulcère syphilitique.

Plus la maladie intercurrente sera éloignée par sa nature de la maladie diathésique, plus elle conservera la liberté de ses allures. Ainsi, une fièvre, un catarrhe, ne subiront aucune modification de la part d'une affection cancéreuse; fréquemment il n'en sera pas de même si le catarrhe survient chez un scrofuleux; l'affection catarrhale a plus d'analogies et d'affinités avec l'affection scrofuleuse qu'avec la cancéreuse.

L'influence funeste est assurée quand la diathèse est arrivée à la période de cachexie.

La maladie intercurrente siége-t-elle sur une partie vers laquelle l'affection diathésique tend à porter son effort, elle est plus exposée à subir l'empire de cette dernière et à dégénérer. On sait ce que deviennent les catarrhes pulmonaires chez les sujets atteints d'une diathèse tuberculeuse, les entorses chez les scrofuleux, les contusions à la mamelle, au testicule, chez les cancéreux.

Tout égal d'ailleurs, les tissus inférieurs en vitalité sont plus accessibles à l'action de la maladie diathésique. Tels sont, par exemple, les os, le tissu cicatriciel traumatiquement lésés. Le scorbut constitutionnel, personne ne l'ignore, retarde la consolidation des fractures, et même peut ramollir un cal déjà formé.

La prédisposition qui précède l'affection diathésique est susceptible d'éprouver de notables modifications. D'ordinaire l'impulsion principale est un fait d'hérédité. Mais qu'est devenu l'héritage, en passant successivement à travers les descendants d'une même famille? Qu'a-t-il gagné ou perdu après les incidents divers de cette route mystérieuse? Quelle part dans les changements survenus faut-il accorder à la spontanéité du sujet, à ses habitudes, au milieu spécial où il a passé sa vie? Pendant cette période de formation, souvent très-longue, plusieurs influences sont présentes et agissent, les unes s'entr'aidant, les autres se corrigeant, celles-ci se faisant antagonisme. Selon les cas, la résultante doit varier de forme, d'énergie, de nature. C'est au praticien à apprécier de son mieux la valeur de ces éléments étiologiques, afin de connaître ceux qui ont été plus influents.

J'admets sans répugnance la possibilité d'une vraie transformation à cette époque d'élaboration pathogénique, quand il n'existe qu'une simple prédisposition. Je crois, par exemple, qu'à la suite d'un conflit du genre de celui dont j'ai parlé tout à l'heure, un syphilitique peut donner à son enfant une prédisposition scrofuleuse, que la goutte du père pourra chez le fils devenir rhumatisme ou gravelle.

Mais le plus souvent la prédisposition transmise restera la même au fond; il n'y aura de changé que l'acte morbide. C'est ainsi qu'un individu atteint de névralgie peut être en réalité rhumatisant comme son père, car la névralgie est une forme que le rhumatisme prend sans changer de nature.

Selon moi, ces variétés phénoméniques sont les seules possibles lorsque l'affection, franchissant les limites de la prédisposition, est décidément constituée. Alors le mal a pris un caractère de fixité qui ne me paraît pas permettre sa métamorphose en une autre espèce morbide. Une affection syphilitique doit rester telle jusqu'à sa fin, sans devenir une autre affection. Les faits cliniques me semblent conformes à cette pensée; je n'en connais pas un seul qui la contredise. Une diathèse une fois établie se déguisera, cela n'est pas rare, mais restera essentiellement la même.

Les maladies diathésiques, chose bien différente, se compliquent entre elles et forment ainsi un produit complexe dont le diagnostic, et par conséquent le traitement, sont fréquemment difficiles. A ce sujet, je ferai observer que certaines diathèses ont l'une pour l'autre des affinités qui rendent leur association aisée. Telles sont l'affection tuberculeuse et l'affection scrofuleuse, l'affection goutteuse et les affections rhumatismale, lithique. On assure qu'en Algérie, l'union de la scrofule et de la syphilis est commune chez les Arabes, et se transmet héréditairement. Je pense que plus d'une de ces maladies éminemment rebelles, à formes étranges (dermatoses ou autres), qui font le désespoir du médecin, sont le produit de l'association d'affections diathésiques diverses. La seule chance d'en venir à bout serait d'en faire l'analyse exacte, et d'adresser à chaque élément composant le traitement qui convient. Mais ce travail est souvent hérissé de difficultés qui sont au-dessus de la portée du vulgaire des praticiens.

Le mélange durable de plusieurs diathèses sur un même sujet est l'analogue de ce qui se passe dans la vie hygide. On peut être à la fois syphilitique et scrofuleux, tout comme on peut être à la fois lymphatique et nerveux. C'est un autre trait de ressemblance entre la diathèse et le tempérament. Certaines affections diathésiques, la cancéreuse par exemple, restent habituellement solitaires; elles ne modifient qu'exceptionnellement, je l'ai déjà dit, les maladies intercurrentes, et ne paraissent pas en être sensiblement influencées, les cas de cachexie étant réservés.

L'étiologie des affections diathésiques ne diffère pas de celle des autres affections. Ce sont toujours les mêmes questions à poser dans un cas donné : la maladie est-elle spontanée? vient-elle d'une prédisposition héréditaire? quelle part faut-il faire au genre de vie, au milieu? Telle maladie diathésique se montre partout; il en

est même, la phthisie tuberculeuse, qui rencontrent à peu près dans tous les climats des conditions également favorables. Chaque diathèse pourtant se plaît dans une localité et même s'y multiplie, au point de devenir endémique. L'air froid et humide provoque le rhumatisme, la scrofule, les calculs urinaires ; les dartres sont communes dans les pays chauds ; les diathèses rhumatismale, goutteuse, calculeuse, y sont rares.

Certains âges coïncident trop fréquemment avec l'apparition de telle maladie diathésique, pour qu'il n'y ait pas une relation étiologique entre les deux faits. La diathèse scrofuleuse apparaît habituellement vers sept ou quatorze ans ; l'adolescence est l'époque favorable à la phthisie tuberculeuse ; les diathèses hémorrhoïdaire, goutteuse, rhumatismale, cancéreuse, trouvent dans les adultes un terrain mieux approprié.

La prédisposition spontanément ou après provocation mûrit insensiblement. Sa marche peut être accélérée par une maladie, qui remplit alors le rôle de cause déterminante. C'est ainsi qu'agit la rougeole chez les sujets prédisposés à la phthisie tuberculeuse.

La syphilis est l'exemple avéré d'une maladie diathésique promptement déterminée par une cause morbifique (virus) agissant avec grande puissance à peu près sur tous les organismes. Je ne prétends pas nier la possibilité de quelque chose de semblable à la contagion dans d'autres affections diathésiques ; mais sûrement la contagion y est restreinte à quelques cas exceptionnels, et elle a besoin, pour être efficace, de rencontrer une prédisposition, ce qui n'est pas nécessaire à la syphilis, maladie contagieuse au premier chef et pour laquelle une simple aptitude suffit.

La durée des maladies diathésiques n'est pas la même. Il en est qui assez souvent permettent au sujet de fournir une longue carrière (goutte, rhumatisme, dartres, etc.) ; d'autres (cancer, tubercules) vont habituellement plus vite, et bien avant le temps tranchent la vie. La même maladie offre les exemples les plus extrêmes en ce genre. On voit, mais cela est rare, le cancer, les tubercules, admirablement tolérés, laisser le sujet parvenir à une grande vieillesse et n'être pour rien dans l'événement de la mort. Le contraire est plus fréquent ; certaines phthisies, certains cancers évoluent avec une violence telle, qu'on peut les appeler maladies aiguës. Alors l'association pendant un certain temps, caractère que j'ai assigné à la diathèse, fait complètement défaut.

et l'on n'a, pour admettre la qualité diathésique, que les raisons alléguées par ceux qui croient à la diathèse en dehors des maladies chroniques. Je ne vois pas davantage de diathèse dans une affection tuberculeuse jetant ses premiers produits sur le péritoine, sur les méninges, et devenant ainsi mortelle à court terme. Dans ces cas, la maladie a pris une forme qui, la rendant mortelle dès ses premiers pas, l'empêche de réaliser sa tendance à se constituer à l'état de tempérament.

Il ne faut pas compter sur la guérison spontanée des maladies diathésiques. On a pourtant observé des solutions de ce genre. Il y a, dans le cours de l'existence, des époques favorables où la vie se renouvelle en prenant une direction sensiblement différente. Ce sont les années dites climatériques, parmi lesquelles les plus remarquables sont le commencement et la fin de la vie sexuelle. A la suite de ces révolutions, on voit plus d'une fois la scrofule s'arrêter et même disparaître pour toujours. Les autres affections habituellement diathésiques ne guérissent ainsi qu'exceptionnellement. Il arrive au contraire que l'épreuve climatérique est laborieuse, use les forces et devient funeste pour le sujet, soit comme cause déterminante, s'il n'y a que prédisposition, soit comme circonstance aggravante, si la maladie est déjà déclarée.

Une foule d'influences modifient la marche des maladies diathésiques : ce sont, pour n'indiquer que les principales, l'intensité du mal, le siége des localisations, l'état des forces, les agents hygiéniques.

Une affection énergique, cela se conçoit, évolue moins lentement; la période d'association est raccourcie, et la cachexie arrive de bonne heure.

Des localisations profondes, viscérales, altèrent les fonctions nécessaires, provoquent des intolérances. Ce sont là autant de causes d'aggravation et trop souvent d'une mort anticipée.

On comprend sans peine que chez un sujet dont la constitution est appauvrie, la cachexie, tout égal d'ailleurs, apparaisse et marche plus vite.

Une bonne hygiène peut beaucoup pour retarder l'évolution fatale d'une diathèse. Une mauvaise hygiène l'accélère. M. Baumès a observé ce dernier cas sur une large échelle. A Lyon, lors des inondations de 1840, l'état d'un grand nombre d'individus scrofuleux, tuberculeux, syphilitiques, rhumatisants, s'aggrava rapi-

dement sous l'influence de l'extrême humidité, des passions tristes, de la misère. Les intempéries saisonnières prolongées amènent des conséquences semblables. La permanence des causes prédisposantes provocatrices de l'affection est toujours un mal.

Certaines maladies intercurrentes semblent donner des ailes à l'affection diathésique. Tout le monde sait l'influence fâcheuse de la rougeole sur une prédisposition, sur une diathèse tuberculeuses.

Il est facile, d'après ce qui précède, de se faire une idée des circonstances qui sont favorables au sujet.

Les données de l'étiologie ont une grande valeur pour le diagnostic de la qualité diathésique. Il est très-utile de chercher avec soin, dans la vie passée du malade, dans celle de ses ascendants ; on y trouve souvent en effet des renseignements précieux, surtout quand les symptômes sont peu significatifs.

Les symptômes peuvent manquer tout à fait, alors la maladie est latente. Son diagnostic devient difficile et même impossible si l'on ignore les précédents. Le retour des manifestations morbides. au bout d'un temps plus ou moins long, révèle la vérité, confirme les soupçons, les probabilités. Ce retour est spontané, ou bien provoqué par une cause appréciable. Il paraît certain que les affections syphilitique, herpétique, à symptomatologie irrégulière, larvante, reprennent leur physionomie ordinaire et deviennent diagnosticables sous l'influence de certaines eaux minérales, parmi lesquelles on recommande les sulfureuses. Cette propriété est mise à profit dans les circonstances embarrassantes.

Les symptômes pathognomoniques font reconnaître l'affection : reste à savoir si cette affection est ou n'est pas à l'état de diathèse. L'affirmation est de règle en pratique, quand la maladie est de celles qui sont habituellement diathésiques ; à plus forte raison s'il y a hérédité, ou bien si le sujet a été longtemps exposé à des influences prédisposantes. Toutefois, la certitude ne s'acquiert qu'*à posteriori*, lorsqu'on a constaté la permanence des actes morbides ou leur répétition obstinée.

On se tromperait en croyant que la diathèse est un fait inféodé à telles maladies, et toujours contemporain de leur début ; la diathèse se montre en dehors du cercle où l'on a prétendu l'enfermer. Il est des affections qui n'ont cette qualité qu'exceptionnellement ; d'autres la prennent chemin faisant. Certaines fièvres d'accès, certaines névropathies, qui étaient dans le principe peu

enracinées, deviennent plus tard opiniâtres et constitutionnelles, à la façon des affections diathésiques généralement admises. Pourquoi refuser de prononcer le mot, quand toute la chose y est, quand de part et d'autre le traitement exige les mêmes précautions, la même énergie, la même durée, et rencontre les mêmes difficultés? Il convient donc d'admettre des affections qui sont diathésiques primitivement, parce que leur cause est énergique, (hérédité, virus syphilitique), et d'autres qui, se fortifiant par la durée, le deviennent secondairement.

Le retour des actes morbides après une interruption simule une récidive. Il n'y a pas récidive quand l'affection a continué d'exister. La récidive implique la cessation complète de la cause affective et sa reproduction à nouveau. J'ai comparé plus haut l'affection diathésique à la racine persistante d'un plante vivace ; la récidive rappelle la plante annuelle sortie d'une autre graine de même espèce tombée dans un terrain resté propice. Il y a répétition de la maladie dans la récidive ; il n'y a qu'une maladie dans la rechute, quelle que soit la longueur de l'intervalle qui sépare les manifestations morbides.

Cette distinction est facile en pratique, lorsque la seconde maladie est due manifestement à une cause provocatrice puissante, n'exigeant aucune prédisposition ; c'est évidemment alors récidive. Le cas peut être embarrassant si la seconde maladie est survenue spontanément ou après une faible provocation ; cela suppose une prédisposition. Avons-nous des raisons suffisantes pour penser que la première maladie a été guérie et qu'il n'est resté qu'une prédisposition, nous disons récidive. Si au contraire nous jugeons, d'après les circonstances du fait, que la même maladie a persisté et qu'il y a eu seulement éclipse des symptômes, nous croyons à la latence de l'affection. Ce dernier cas est le plus commun, et l'on doit l'admettre lorsqu'on est embarrassé par la difficulté de distinguer ce qui est maladie de ce qui n'est que prédisposition.

Les deux diagnostics, celui de la maladie, celui de sa qualité diathésique, n'en font qu'un quand il s'agit de certaines maladies : goutte, syphilis, scrofule, tubercules, etc. Ailleurs il ne suffit pas de nommer la maladie ; tenez compte de son ancienneté et des circonstances étiologiques favorables à sa naturalisation. L'hérédité est la plus significative. Quand ces anamnestiques manquent, le temps et les événements apprennent la vérité.

L'effet des essais thérapeutiques apporte une utile lumière. La nullité des résultats a mis souvent sur la voie de la découverte d'une qualité diathésique méconnue jusque-là; on se ravise alors, et l'on modifie en conséquence le pronostic et le traitement.

On n'a jamais promptement raison d'une diathèse. Les difficultés augmentent avec l'âge de la maladie. La vieillesse du sujet est une circonstance défavorable. La diathèse héréditaire est la plus rebelle. Je fais remarquer que les maladies à cause externe assez puissante pour que leur qualité diathésique puisse s'établir sans l'apport de l'hérédité (diathèse syphilitique, scorbutique) sont précisement celles que nous traitons avec le plus de succès. Une diathèse acquise sera, tout égal d'ailleurs, moins tenace qu'une diathèse congénitale.

Deux considérations influent sur le pronostic : le mode d'évolution et le siége des localisations. On se rappelle qu'il y a des maladies diathésiques, goutte, rhumatisme, dartre, qui, moyennant quelques manifestations intermittentes ou continues, donnent au besoin morbide une satisfaction favorable à la durée de la période d'association, de tolérance et d'innocuité. Une diathèse scrofuleuse localisée à la peau sous forme d'éruption, d'ulcères, etc., peut aller longtemps sans grand dommage pour l'individu, dont les organes importants sont ainsi sauvegardés. Il est évident que la rétrocession, de même que toute localisation interne, devient périlleuse selon l'importance de la partie atteinte et l'espèce de la lésion.

Je pourrais me dispenser de dire que le pronostic se règle d'après le degré d'efficacité des agents thérapeutiques dont nous disposons. Il y a sous ce rapport une énorme différence entre les affections syphilitique, scorbutique, contre lesquelles nous avons des spécifiques, et les affections tuberculeuse, cancéreuse, à l'égard desquelles nous sommes presque désarmés.

Nous allons voir que l'hygiène doit tenir une grande place dans le traitement des maladies diathésiques. Il s'en faut de beaucoup que tous les sujets puissent ou veuillent modifier leurs habitudes, leur profession comme il convient, et le pronostic doit s'aggraver selon les conséquences présumées des fautes volontaires ou involontaires qui sont commises, en ce qui concerne le genre de vie.

Le péril est grand, cela va sans dire, quand la période de cachexie est venue.

Le traitement se déduit de ce qui précède. Après avoir débarrassé la maladie de ses complications, s'il y en a, et préparé le sujet, afin de le placer dans les conditions les plus favorables à l'action des remèdes, on s'efforce d'enlever à l'affection son caractère de fixité, de tempérament, pour en faire une affection accidentelle, instable, comme le sont celles dont le système vivant tend spontanément à se débarrasser; entreprise ardue, car il s'agit de renouveler l'homme tout entier. Comment y parvenir? L'indication est de détruire une tendance opiniâtre, renforcée par l'assuétude. Mettre le sujet à l'abri de toutes les causes de provocation, est la première chose à faire. Quant au traitement de l'affection, des mutations profondes et durables sont nécessaires. Un petit nombre d'actions, quelque bonnes qu'elles soient, ne suffiraient pas. Le mouvement efficace n'est obtenu qu'à la suite d'une longue série d'impulsions se fortifiant l'une par l'autre. On procède avec une lenteur conforme à celle que la cause affective a mise à s'établir; il s'agit de provoquer une synergie curative là où les dispositions sont contraires, de substituer à un tempérament morbide des habitudes vitales nouvelles et ayant assez de stabilité pour s'opposer au retour des anciennes.

Des diathèses paraissant très-opiniâtres ont disparu sous l'influence d'une révolution rapide et profonde, amenée par une maladie aiguë intercurrente; il serait dangereux d'imiter ce genre d'opérations naturelles. La prudence le plus souvent s'oppose à ce que nous employions la violence, et veut que nous procédions par degrés, sous forme d'insinuation.

Le remède indiqué est-il énergique, on le prescrira à petites doses et avec les correctifs nécessaires, afin qu'il soit longtemps toléré. Ce moyen est-il peu actif, son emploi devra être à peu près incessant. Mais, sans parler de l'insuffisance trop fréquente de l'agent, que d'obstacles dans la résistance opposée par le système vivant trop engagé dans la voie fatale pour répondre aux sollicitations dont il est l'objet? Ces difficultés disparaissent quand on possède un spécifique éprouvé. Même dans ce dernier cas, n'oublions pas qu'il s'agit d'un tempérament morbide, et qu'il convient de continuer le traitement un assez long temps après la disparition des symptômes, pour effacer jusqu'à la dernière trace intérieure. En négligeant cette règle, on s'expose à ne faire qu'une cure

incomplète; l'affection persiste à l'état latent, et tôt ou tard une nouvelle manifestation morbide survient. L'insistance est à plus forte raison de rigueur quand on n'a à sa disposition que des agents d'une faible valeur thérapeutique; alors l'assiduité de l'action doit suppléer à ce qui manque.

Pour savoir au juste ce que peut la chose essayée, il faut l'avoir employée longtemps. L'impatience est un écueil que je signale, parce que plusieurs praticiens y échouent. Les maîtres ne commettent pas cette faute; d'après eux, lorsqu'un agent paraît indiqué, et qu'il est toléré, on doit progressivement en saturer l'organisme. C'est ainsi que Storck en agissait avec la ciguë pour le cancer; Morton avec les balsamiques pour la phthisie. Il est plus facile de nier leurs succès que d'imiter leur patience et surtout leur habileté dans l'art de manier ces substances médicamenteuses. Plusieurs des échecs dont on se plaint viennent plus d'une fois de la timidité des doses et du défaut de persistance. Pour obtenir des habitudes différentes de celles qui existent actuellement, pour donner à la vie une direction nouvelle, tous les moyens peuvent servir, si l'on peut avec eux obtenir un changement quelconque, à la condition qu'ils ne seront pas contre-indiqués par la nature du mal, par l'état des forces. On ne se confie pas au hasard, l'expérience s'étant prononcée pour certains; toutefois, à défaut de ces derniers, on prendra, dans la série des agents fortement modificateurs, celui qui paraîtra le mieux approprié. Dans les cas dont je parle, l'expérimentation est de mise et a valu quelques succès qui doivent encourager les praticiens.

Maintenez, ramenez les grandes fonctions à un état aussi satisfaisant que possible, entre autres la digestion et la nutrition. A cette fin, les évacuants sont utiles en modifiant d'une manière heureuse la vitalité de l'estomac, des intestins, en expulsant les saburres, les résidus des digestions; ils ont de plus l'avantage d'augmenter le mouvement de décomposition qui fait partie de l'acte nutritif, et de faciliter le renouvellement de la substance du corps à l'aide d'une alimentation meilleure que celle sous l'influence de laquelle la maladie a été formée; ils activent enfin l'absorption des agents médicamenteux. Il n'est pas de praticien qui n'utilise en ce sens les purgatifs, pendant le long traitement des scrofules, des dartres. L'emploi des évacuants, comme celui des autres agents thérapeutiques, n'est permis, cela va sans dire,

que tout autant qu'il ne portera pas atteinte aux forces radicales, lesquelles doivent être respectées avec un soin tout particulier.

Parmi les modificateurs utiles, une place éminente appartient à ceux qui sont fournis par l'hygiène. On insiste sur tel de ces modificateurs, selon l'espèce de la diathèse, selon sa localisation. Ici, c'est l'air d'une nature donnée qui est surtout indiqué ; là, c'est un genre particulier d'alimentation ; ailleurs, ce sera une gymnastique spéciale, etc., etc. Chacun étant choisi au degré et à la qualité convenables, ils seront réunis pour agir simultanément et longtemps. Les modificateurs hygiéniques incessamment présents sollicitent le corps *intùs* et *extrà*, et ont la vertu rénovatrice la plus complète.

Dans la plupart des diathèses, l'hygiène est d'une nécessité pressante, surtout dans celles où l'efficacité des agents pharmacologiques est incertaine. Entre les mains de qui sait et peut s'en servir, une bonne hygiène rigoureusement appliquée a plus d'une fois suffi pour obtenir la cure radicale, et a toujours été avantageuse. Quand on considère l'ensemble des maladies diathésiques, l'hygiène est ce que nous possédons de plus précieux contre elles. Selon moi, il vaudrait mieux s'attacher à perfectionner celle qui convient à chaque diathèse, qu'essayer des médicaments nouveaux. C'est par l'hygiène qu'on modifie et transforme les tempéraments hygides ; le même procédé doit convenir contre les tempéraments morbides. Faites, avec les moyens hygiéniques et avec les médicaments, une combinaison harmonique constituant un régime mixte de tous les jours, sur lequel vous insisterez indéfiniment ; c'est quelque chose comme ce qu'on appelle en langage hippique, un entraînement.

Les succès obtenus par le traitement arabique, dans les cas de syphilis rebelle, sont une preuve manifeste de la vertu d'une alimentation appropriée. Il serait bon de chercher s'il n'y aurait pas pareillement contre les autres diathèses un genre de nourriture aussi accentué et aussi efficace. Ce que les intéressés racontent des cures par les raisins, par le petit-lait, est sans doute exagéré ; toutefois je crois à la possibilité de guérisons obtenues ainsi. Trop souvent empiriques, ces traitements devraient être réglementés par la science.

Généralement, la vie d'un individu soigné pour une maladie diathésique ressemble trop à celle qu'il menait auparavant ; de

là, je pense, la cause de beaucoup d'échecs. Tout le monde est convaincu que, quelque bonnes que soient les eaux minérales prises à la source, il faut accorder une grande part, dans les résultats, aux changements hygiéniques considérables subis par l'hôte d'une station thermale.

De semblables déplacements sont-ils impossibles, on améliore ce qui est, du mieux qu'on le peut, et l'on modifie largement le régime alimentaire. Pour tenter de pareils essais, il faut profiter du temps où les facultés digestives sont encore en bon état ; malheureusement, à cette époque, les malades consentent difficilement aux sacrifices nécessaires, et plus tard l'opportunité est passée.

L'espérance de guérir une maladie diathésique est-elle interdite, soit parce qu'on a perdu un temps précieux, soit parce que le mal a été jugé inexpugnable dès les premiers moments, on se contente d'une cure palliative, dont le but est de ralentir la marche de l'affection, de diminuer les inconvénients des manifestations, de favoriser les crises partielles moyennant lesquelles le besoin morbide est provisoirement satisfait. Cela consiste à tirer le meilleur parti des circonstances, afin d'obtenir cette association dont j'ai souvent parlé, et qui garantit la tolérance. On sait le mot de Barthez sur la goutte : il ne prétendait pas avoir dans son livre enseigné à la guérir, mais à la faire durer longtemps.

Comment parvient-on à maintenir une maladie dans sa période de synergie relativement heureuse ? Les moyens diffèrent selon les cas. Les manifestations morbides nécessaires sont-elles languissantes, incomplètes, efforcez-vous par des provocations appropriées de leur donner ce qui manque. Est-ce la faiblesse qui empêche ces manifestations d'avoir la régularité et la perfection convenables, prescrivez un traitement tonique. Pèchent-elles au contraire par exubérance, faites descendre cette activité jusqu'au degré voulu. Des réactions trop vives et purement sympathiques révèlent-elles des intolérances fâcheuses, abaissez par les moyens appropriés la sensibilité du sujet ; c'est aux lésions locales dynamiques, organiques qu'il faut s'adresser; leurs indications tiennent alors le premier rang. Prévenez, combattez les complications. En agissant ainsi, vous pouvez arrêter pour un temps, ralentir la marche des localisations dangereuses.

Lorsque les produits irrésolubles de la diathèse sont à portée

et jugés susceptibles d'être entièrement enlevés, on se demande si l'intervention chirurgicale est indiquée; question fréquemment posée et embarrassante. En présence d'une lésion organique, reliquat posthume d'une affection disparue, l'opération est de règle. A l'égard des cas dans lesquels la persistance de cette affection n'est pas douteuse ou est fortement soupçonnée, il n'y a pas de précepte absolu. Tout dépend des circonstances particulières du fait. En somme, pourtant, il faudra opérer si le principal du danger présent ou futur vient de la lésion. On peut rencontrer une maladie d'où l'affection a disparu, et qui est devenue locale; on obtient alors un de ces succès à l'aide desquels les chirurgiens motivent leurs habitudes entreprenantes.

Mais si les viscères sont menacés ou déjà envahis, si la période cachectique est arrivée, gardez-vous d'opérer. L'expérience a prouvé qu'après l'enlèvement d'une tumeur cancéreuse, la diathèse acquiert plus de force et reproduit de nouvelles tumeurs, pires que les premières, et souvent dans des siéges inaccessibles. Parfois ce triste événement a lieu lors même que tout paraît au plus haut degré favorable. C'est donc, je le répète, un problème très-délicat qui demande beaucoup de réflexion, et pour lequel il est prudent de ne pas prendre toute la responsabilité de la décision, quelle qu'elle soit.

L'opération jugée utile étant pratiquée, on s'attachera plus fortement que jamais à rompre la succession des mouvements internes qui constituent l'affection. Tout pour ainsi dire est à essayer; gardez-vous de rester dans l'inaction, sous prétexte que vous n'avez pas d'agent éprouvé. Agissez beaucoup, au contraire : il n'y a de défendu que ce qui nuit. Les voyages, la gymnastique, l'hydrothérapie, les eaux minérales, etc., peuvent servir, en amenant une révolution dans l'affectibilité du sujet.

Trop longtemps les chirurgiens ont pensé que le malade, une fois rétabli de l'opération, n'avait plus rien à leur demander. Ils commencent maintenant à reconnaître que cette opération n'a enlevé qu'un effet de la maladie; en conséquence, ils s'occupent à chercher un traitement dynamique en rapport avec la cause interne. On ne peut qu'applaudir à une pareille nouveauté; la chirurgie seule est impuissante contre une diathèse.

L'indication tirée de la diathèse ne sert pas seulement à assurer le succès définitif de l'opération, elle peut aussi rendre ce moyen

extrême inutile. Cela arrive quand la lésion organique n'a pas rompu ses liens avec une affection curable, et se trouve encore sous sa dépendance. Ne vous hâtez pas de déclarer cette lésion irrésoluble. Un traitement médical peut prouver le contraire, à la confusion du chirurgien qui a proposé l'opération comme indispensable.

Si j'ai bien exprimé ma pensée sur la diathèse, on a compris que celle-ci est, à mes yeux, une qualité prise par les affections et non une maladie. Le mot diathèse employé comme substantif n'est, en réalité, qu'un adjectif désignant une manière d'être, laquelle, séparée de son sujet, n'a pas d'existence réelle. L'opinion de ceux qui croient aux affections essentiellement diathésiques ne me paraît pas fondée. Selon moi, on ne peut établir sous cette étiquette un genre particulier d'affections. Sans doute la diathèse est quelque chose d'important ; mais ce quelque chose n'est pas indissolublement lié à la nature de la maladie. Cette nature persiste tout entière, lorsque la diathèse est absente. Je conçois très-bien les affections cancéreuse, tuberculeuse, etc., sans diathèse, et la pratique en offre quelques exemples.

Un seul de ces faits bien constaté — les praticiens protesteront contre ma réserve — suffirait pour démontrer que la qualité diathésique n'est pas nécessairement attachée à ces affections. Comment acquièrent-elles cette qualité ? De deux manières. Dans l'une, malheureusement de beaucoup la plus fréquente, le renforcement qui rend le mal constitutionnel est dû à une cause accrue par le travail accumulé des générations cancéreuses, tuberculeuses etc., et le sujet reçoit, au moment où il est conçu, une prédisposition contenant virtuellement la maladie ainsi invigorée ; alors la qualité diathésique commence avec la maladie. Il en est de même si, des causes puissantes en soi ou par leur durée ayant agi sur le sujet, celui-ci se trouve assez profondément modifié au début. Dans la seconde manière, la maladie n'est pas d'abord diathésique, et le devient plus tard en se fortifiant, en pénétrant de plus en plus dans la constitution.

Au fond, le mécanisme de ces deux manières est le même et témoigne en faveur de ma théorie. Dans un cas, c'est la cause qui s'est renforcée et est ainsi devenue capable de déterminer d'emblée une maladie diathésique. Dans l'autre, la maladie, trouvant un sol approprié et toutes les conditions favorables, achève de s'enraciner, à un moment donné de son évolution croissante.

Je suis avec un vif intérêt les débats récents soulevés au sujet de l'affection syphilitique. Aux yeux de certains, et contrairement à l'opinion reçue jusqu'à aujourd'hui, il y aurait deux syphilis, distinctes l'une de l'autre par la cause virulente et par les effets. L'une serait peu fixe, accidentelle, et l'autre diathésique. Les conséquences de cette opinion sont graves, et il faut regarder à plusieurs fois avant de l'adopter. Je crois, pour mon compte, jusqu'à plus ample informé, à l'unité de l'affection syphilitique. Mais il serait possible qu'en étudiant cette maladie d'après mes vues sur la diathèse, on arrivât à ce résultat que, tantôt la syphilis est diathésique, tantôt elle ne l'est pas. Il faudrait donc vérifier s'il existe effectivement une syphilis non diathésique, et, cette forme étant reconnue vraie, déterminer sûrement les circonstances particulières qui la font naître et les symptômes qui la révèlent, afin de la distinguer de l'autre forme. On ne serait pas pour cela seul autorisé à supprimer le traitement général, car il faudrait encore être certain que cette syphilis est absolument incapable de s'enraciner dans la constitution. Tant qu'il restera un risque de ce genre, le spécifique devra, par prudence, être prescrit à cause de la gravité des suites possibles, et l'on ne pourra pas songer à faire de ces syphilis deux espèces morbides. Ma solution, tout en maintenant l'unité syphilitique, reconnaîtrait le vrai qui peut se trouver du côté des partisans de la dualité.

Je viens de discuter les faits controversables; mais si l'on en voulait qui témoignent incontestablement en faveur de mes idées, on en rencontrerait presque partout. Le rhumatisme, l'hystérie, le scorbut, les dartres, l'épilepsie, la lithiase, la fièvre d'accès, etc., sont, de l'aveu de tout le monde, susceptibles d'être un accident dans la vie, ou bien de devenir une chose stable, fixe, un véritable tempérament morbide.

Une conséquence de ma théorie dont l'expérience confirme la justesse, est la difficulté dans certains cas de se prononcer sur l'absence ou sur la présence de la qualité diathésique. La diathèse, en effet, est une quantité qui croît et décroît. Quels phénomènes faut-il pour décider que l'addition a atteint le degré qui fait la diathèse? Il n'y a pas de réponse précise, et il ne peut y en avoir. Pratiquement, aucune différence appréciable n'existe entre une maladie très-faiblement diathésique et la même maladie qui ne l'est pas du tout. Là se trouvent des nuances impos-

sibles à saisir. Pour les cas bien accentués dans les deux sens, l'affirmation est toute simple ; mais ailleurs, douter est le parti le plus sage.

Rien n'est variable comme l'énergie de l'inhérence diathésique. Ici elle est arrivée à un point tel, que la maladie inexpugnable résiste à tout ; là elle est opiniâtre, mais pourtant curable. Je pourrais ainsi, passant d'un fait à un autre, arriver graduellement jusqu'à ceux où toute trace de diathèse a disparu. En cela, la diathèse est conforme à la nature que je lui donne ; ce n'est pas une espèce morbide, c'est un adjectif, une qualité ajoutée, et non un attribut. Or, le propre des qualités est d'être susceptibles de plus ou de moins, et de présenter des intermédiaires où l'on ne peut dire si elles sont présentes ou absentes. Il en est ainsi de la diathèse. N'en soyons pas étonnés et prenons-en notre parti.

A l'égard de certaines affections, il est vrai (goutteuse, syphilitique, scrofuleuse, tuberculeuse), toutes les probabilités sont en faveur de la diathèse. Mais, sans parler des exceptions possibles, il faudrait, pour avoir le droit d'affirmer que ces maladies sont essentiellement, nécessairement diathésiques, de telle façon que sans diathèse elles cessent d'exister, il faudrait, dis-je, admettre leur incurabilité absolue. Pour tant diathésique qu'elle ait été jusque-là, une maladie ne l'est plus quand elle est en train de disparaître, puisque le caractère le plus éminent de cette qualité est la perpétuation du mal. Guérison et diathèse, ne pouvant aller ensemble, s'excluent mutuellement.

Cette proposition, déjà émise, n'a besoin ni de commentaires, ni de preuves, tant elle est intelligible et évidente. Mais je la rappelle, parce qu'il s'est rencontré des médecins assez courageux pour affirmer l'incurabilité quand même des affections diathésiques. Dans un travail comme celui-ci, il importe de peser la valeur de cette assertion.

Les partisans de l'incurabilité absolue ne contestent pas les observations qu'on leur oppose de tout côté, en faveur de la curabilité exceptionnelle du cancer, du tubercule, de la goutte, etc. ; ils acceptent, et comment pourraient-ils ne pas le faire ? celles qui concernent la syphilis constitutionnelle. Mais, disent-ils, ce sont là des guérisons apparentes. On a fait disparaître les symptômes, et l'affection assoupie est restée indéfiniment dans cet état ; en sorte que le sujet, quoique non guéri, a joui de tous les privi-

léges de la guérison. D'après ces médecins, quand on a été une fois syphilitique, scrofuleux, cancéreux, etc., on reste tel jusqu'à la mort. Tout ce qu'on peut obtenir, c'est la latence de ces affections.

Il est malheureusement certain que tel cancéreux, tel syphilitique, tel goutteux supposés guéris, ont paru quelque temps justifier cette croyance, mais qu'il est venu un moment où les symptômes ont reparu. Dans la plupart de ces cas, c'était une rechute et non une récidive, et par conséquent il était démontré que l'affection n'avait pas été interrompue, quoiqu'un temps improductive.

Toutefois l'on donne à ces faits une extension, une valeur exagérée, en assurant que tous les autres sont pareils, et que le mal serait revenu si le sujet avait vécu un plus grand nombre d'années.

Un semblable fatalisme est désavoué par la physiologie pathologique. Ce que nous savons au sujet des révolutions dont le corps vivant est susceptible, et de la puissance des ressources médicatrices, ne permet pas de croire à l'impossibilité d'un retour complet à l'état normal. D'ailleurs, si ces guérisons ressemblent aux meilleures, en ont tous les avantages, et persistent jusqu'à la plus extrême vieillesse, pourquoi ne seraient-elles pas de vraies guérisons? c'est aller au-delà de l'observation, c'est s'abandonner au possible hypothétique sans bornes, dans l'intérêt d'une idée préconçue, lorsqu'on soutient que derrière une santé complète et indéfiniment durable, la racine du mal est persistante. A ce compte, on pourrait soutenir l'incurabilité d'une affection quelconque, et la conséquence de ce dire serait qu'à la fin de nos jours nous portons, accumulées en nous et virtuellement existantes, toutes les maladies contractées pendant notre vie.

On peut transformer un tempérament hygide, en s'y prenant à temps, en agissant avec habileté et obstination; *à fortiori* doit-on pouvoir transformer un tempérament morbide, car, *cæteris paribus*, ce qui est hygide, étant plus selon la nature que ce qui est morbide, a par cela seul plus de stabilité et présente plus de résistance.

Je ne puis considérer les affections le plus réputées diathésiques comme étant par essence incurables. Les cas de guérison sont heureusement la règle pour le scorbut, pour la syphilis; ils ne sont pas rares pour la scrofule, les dartres; en ce qui concerne

les tubercules et la goutte, je conviens qu'ils sont exceptionnels. Mais ils n'en ont que plus de valeur, quand je pense à la pauvreté de notre thérapeutique contre ces maladies.

Si la possibilité de la guérison des affections susdites est démontrée, elles peuvent dépouiller leur qualité diathésique; pourquoi donc l'auraient-elles toujours à leur début? pourquoi ne pas admettre que dans certaines circonstances, aussi rares qu'on le voudra, une première poussée tuberculeuse, un premier cancer, mettent fin à l'affection? Un assez bon nombre d'observations, j'insiste sur ce point, sont en faveur de cette thèse.

Opinion dangereuse, dira-t-on, parce qu'elle fournit des armes aux adversaires de la diathèse, parce qu'elle expose à méconnaître une diathèse existant réellement, ce qui aurait des conséquences funestes pour le malade.

Une opinion n'est jamais dangereuse quand elle est conforme aux faits. On peut en abuser sans doute; mais de quelle vérité n'abuse-t-on pas? ce n'est pas une raison pour en dissimuler la moindre partie; cette dissimulation serait au contraire un mal très-réel.

Je crois, parce que l'expérience m'y autorise, qu'il peut exister des affections cancéreuse, tuberculeuse, goutteuse, sans diathèse; mais, j'en conviens volontiers, rien, dans l'état actuel de la science, ne permet d'affirmer *à priori* que tel cas particulier de cancer, de tubercule, de goutte, est de ce nombre. En conséquence, la prudence veut que le praticien se comporte devant ces maladies comme si la qualité diathésique leur était toujours attachée. On ne se trompera pas pour l'immense majorité des cas, et si, par extraordinaire, on se trompait, les inconvénients seraient peu de chose, tandis que la faute serait grave si on méconnaissait une diathèse présente.

Il en est de la diathèse comme de la contagion. Quand il s'agit d'une maladie habituellement contagieuse, la possibilité de la contagion doit être toujours présumée, et les précautions à prendre contre elle sont de rigueur. Donc, tant que nous ne serons pas mieux informés, ce sera une règle d'une application rigoureuse, que de considérer comme diathésiques les maladies qui le sont presque toujours; mais il est à la fois utile, consolant de penser que l'on peut rencontrer un cas exceptionnel; et quand les événements ultérieurs de la maladie apportent des motifs suffisants

pour croire qu'il en a été vraiment ainsi, je ne conçois pas que l'esprit de système puisse prévaloir contre le témoignage de l'observation. Le fatalisme que je combats a, en outre de son exagération, l'inconvénient de décourager les praticiens. Il se rencontre beaucoup de ces derniers qui, convaincus de l'impuissance d'un traitement général quelconque contre les affections tuberculeuse, cancéreuse, n'agissent que très-mollement en ce sens ou même s'abstiennent tout à fait. Ils se comporteraient autrement et auraient plus de confiance dans les modificateurs de l'ensemble, s'ils admettaient la pensée que ces affections ne sont pas toujours et nécessairement diathésiques. J'ose affirmer que plus d'un des malades qu'ils condamnent à mourir et traitent comme tel, pourrait encore être sauvé.

Tout à l'heure je faisais remarquer une analogie entre la diathèse et la contagion. Cette analogie n'est pas la seule. Pour avoir une idée exacte de la contagion, il faut la considérer aussi comme une qualité surajoutée à une maladie et non comme un élément essentiel, nécessaire. Une variole est toujours une variole, lorsqu'elle ne se communique pas; ainsi de la maladie tuberculeuse, qui peut, sans cesser d'être elle-même, ne pas prendre la fixité d'un tempérament morbide.

On signale aisément les maladies dans lesquelles la contagion s'établit familièrement, mais on est fort embarrassé quand il s'agit de nommer toutes celles qui peuvent, à l'aide de circonstances particulières, devenir contagieuses. Pareillement pour les diathèses : rien d'aisé comme de dire quelles sont les maladies habituellement diathésiques; mais entreprend-on de dresser la liste de celles qui se montrent parfois ainsi, on ne sait vraiment où s'arrêter. Tous les auteurs qui ont tenté cette entreprise ont échoué. Leurs chiffres diffèrent étrangement; ce résultat n'a rien de surprenant pour le médecin qui adoptera mes idées. Évidemment, on a devant soi un champ sans limites précises, lorsqu'on arrive aux maladies où la qualité diathésique n'est que possible. Toutes les affections chroniques sont, en effet, dans ce cas. Le choix que l'on fait pour former un groupe de diathèses dépend du hasard de la pratique et des lectures, du degré de confiance qu'inspirent les récits de tel ou tel observateur.

Chercher à réunir dans un même cadre les maladies diathésiques est un projet irréalisable. Cette qualité, qui est ou n'est pas

dans plusieurs espèces morbides, ne peut servir de base à une classification. Je ne tente donc rien en ce genre ; la seule division permise, selon moi, est la suivante :

1° Maladies qui sont presque toujours diathésiques ;

2° Maladies qui le sont fréquemment;

3° Maladies qui ne prennent cette qualité que dans de rares circonstances.

J'ai eu trop souvent l'occasion de nommer les premières, pour qu'il soit nécessaire d'y revenir. Les secondes sont également connues : affections rhumatismale, lithique, scorbutique, hémorrhoïdaire, hystérique, épileptique, etc.

Les troisièmes m'arrêteront un instant, car il s'en faut que la possibilité de la qualité diathésique chez certaines soit reconnue par tout le monde.

Rappelons les conditions que doit remplir une maladie pour être nommée diathésique : il faut qu'elle soit affective, chronique; il faut que l'affection soit fortement enracinée, constitutionnelle, qu'elle se renforce en se manifestant, que sans s'épuiser elle maintienne ses produits ou qu'elle en fournisse d'autres de même nature, après des intervalles plus ou moins longs.

Je dis maintenant que lorsqu'une maladie quelconque offrira ces conditions réunies, dans un fait bien authentique, cette maladie devra être inscrite parmi celles qui sont susceptibles de revêtir la qualité diathésique. En pareille matière, l'expérience seule doit prononcer; interrogeons-la.

Une fièvre d'accès, une névropathie à forme névralgique, peuvent-elles devenir diathésiques ? C'est aux praticiens à s'expliquer. Je crois positif que des observations, exceptionnelles il est vrai, ont montré ces maladies non-seulement à l'état de diathèse, mais héréditaires. Passons à des cas moins aisément acceptés.

Un individu est atteint d'hémorrhagie sans provocation ou après une provocation hors de proportion avec l'effet. Cette hémorrhagie est difficile à arrêter, se répète à des temps différents et présente les mêmes caractères. Le malade vit ainsi plusieurs années, affaibli par la perte de son sang, mais se relevant pendant l'intervalle qui sépare les hémorrhagies. Vient une époque où les hémorrhagies se multiplient au point que la restauration complète ne se fait plus. Le malade perd ses forces progressivement, ou bien il est emporté par une hémorrhagie incoërcible.

Trop de praticiens ont observé des cas présentant les traits du tableau que je viens d'esquisser, pour qu'il soit permis de contester l'existence du fait.

L'hémorrhagie dont je parle est-elle produite comme les hémorrhagies ordinaires? Ce n'est pas certes une hémorrhagie traumatique. Elle n'est pas un événement dû à une cause interne accidentelle ; cette cause est, au contraire, permanente et à effets intermittents, tout comme celle de l'épilepsie, de la goutte. Ces hémorrhagies, dans leurs phénomènes appréciables, se ressemblent entre elles aussi bien que les attaques d'une goutte, d'une épilepsie. Elles ne sont pas dues à une lésion simplement locale ; elles peuvent très-bien changer de siége, et rien n'indique une de ces altérations de tissu ou des fluides qui, dans d'autres maladies bien distinctes, expliquent seules l'écoulement du sang. Ces hémorrhagies, survenant spontanément, doivent donc être rapportées à une affection. Quelle affection est-ce? Rien pour le cas présent, dans les causes, dans les symptômes, dans les effets du traitement, ne justifiera l'idée de la présence d'une affection paludéenne, scorbutique, ni d'aucune autre connue. J'ai beau chercher, je ne vois que deux choses prouvées : une affection et des hémorrhagies produites par elle. Comment nommer cette espèce particulière d'affection pour la distinguer des autres ? Naturellement par le mot qui sert à désigner son genre de manifestation, et ce sera une affection hémorrhagique, espèce morbide à part, car elle diffère assez des autres pour cela. Cette espèce morbide spéciale doit avoir un traitement qu'il faut trouver.

L'hémorrhagie dont il s'agit est donc affective. Cette affection est-elle un accident dans la vie du sujet ? se résout-elle par l'évacuation du sang, comme se résolvent par exemple les affections varioleuse, rubéoleuse, érysipélateuse, etc., à l'aide de leurs manifestations appropriées ? Cela est inadmissible. Y a-t-il, chez le malade en question, une affection nouvelle distincte pour chaque hémorrhagie ? Non certes, car ces hémorrhagies sont manifestement le produit d'une même cause, d'une seule affection. La disposition hémorrhagique persiste toujours pendant les intervalles; sa constance est prouvée par le fait que, spontanément ou avec la plus petite provocation, un écoulement copieux de sang arrive. Refusez de croire à une cause permanente, obstinée, et tout devient inexplicable. Cette cause hémorrhagipare fait des progrès à

proportion de la fréquence des hémorrhagies. Les intervalles sont d'abord longs, ils se raccourcissent ensuite ; les hémorrhagies, en se répétant, deviennent de plus en plus rebelles. Vient un moment où le besoin hémorrhagique est irrésistible. Faire du sang, moins pour l'employer à la nutrition que pour l'éliminer, voilà le fait culminant de cette existence pathologique. Tout, dans l'ensemble du système et dans les parties, concourt à ce genre d'évacuation. Il y a une époque de tolérance, une époque de décadence, de cachexie. Qui ne voit là un tempérament morbide, une diathèse? Diathèse hémorrhagique est, en effet, le nom que l'on donne généralement à cette maladie. L'hérédité complète sa ressemblance avec les autres diathèses que personne ne nie.

Quelques auteurs ont cité des faits d'après lesquels on pourrait constituer, par les mêmes motifs, des diathèses anévrysmale, variqueuse, lipomateuse, osseuse, etc.; ceci est encore affaire d'observation. Existe-t-il des maladies dans lesquelles le système vivant semble condamné à procréer successivement des anévrymes, des varices, des lipomes, de la matière osseuse, sans qu'on puisse rapporter à rien de connu cette persistance opiniâtre? Si des faits de ce genre parfaitement authentiques ont été rencontrés, il faut admettre des affections anévrysmale, variqueuse, lipomateuse, etc., pouvant prendre le caractère diathésique. Ceci n'est pas pour le praticien une question indifférente; car, en présence de cas pareils, il aura à se demander ce que vaut le traitement chirurgical des produits, et si, en admettant qu'on s'y décide, il n'y a pas lieu de chercher, en même temps, à modifier l'ensemble du système par un traitement général, tel que le demande une affection diathésique.

A mes yeux, cela est expérimentalement démontré, et alors mes conclusions sont inévitables. Il y a des gens qui repoussent systématiquement ce qu'ils n'ont pas vu, et dont les convictions dépendent du hasard de leur pratique. Ce genre d'opposition est puéril et ne mérite pas qu'on s'y arrête. Je parle aux médecins qui traitent sérieusement la science, et j'invite les sceptiques à se renseigner. Inutile de raconter ici des choses que l'on sait sans être un érudit, et dont beaucoup sont consignées dans les ouvrages classiques. L'enquête est facile à faire. Il suffirait même d'interroger les confrères ; peut-être auront-ils par devers eux des observations inédites.

J'ai vu, dans une famille où le lipome était héréditaire, cette maladie présenter les traits d'une affection diathésique. Le cas présenté par la mère était fortement accentué. M. Louis Saurel, professeur-agrégé de notre Faculté, avait été témoin d'un fait semblable et m'en entretenait souvent.

Quels motifs aurait-on pour changer à l'égard de ces faits les règles de la crédibilité? N'est-il pas vraî qu'en matière de biologie humaine surtout, il n'y a d'impossible que l'absurde?

Je prévois une objection. Où est, dira-t-on, l'utilité d'augmenter le chiffre des affections diathésiques? A quoi bon une diathèse hémorrhagique, une diathèse anévrysmale, une diathèse lipomateuse, etc.? autant d'inconnus auxquels on arrive par la méthode d'exclusion et que nous ne savons comment traiter.

Ce sont effectivement des inconnus sur lesquels nous ne pouvons rien ou très-peu de chose. Que faire pour remédier à cet inconvénient? Examiner à nouveau, expérimenter. C'est un problème à revoir, comme tant d'autres en médecine. Nier ces diathèses n'est pas certes le moyen de les mieux connaître.

Commençons donc par nous assurer que les faits allégués sont réels. Leur réalité implique l'admission d'une cause affective opiniâtre. De quelle affection s'agit-il? Ne serait-ce pas une affection déjà connue, syphilitique, rhumatismale, herpétique, etc.?

Cela a été supposé. L'hypothèse était permise; mais l'épreuve de la vérification n'a pas été favorable. Rien de plus juste que de réserver l'avenir, car il n'est pas absurde, en théorie, qu'une affection syphilitique, par exemple, produise et reproduise des anévrysmes, des varices. Toutefois, tant que l'observation n'aura pas prononcé, il sera raisonnable d'admettre que certaines lésions qui, dans l'immense majorité des cas, sont locales, peuvent exceptionnellement dépendre d'une affection spéciale constitutionnelle. Donc, jusqu'à nouvel ordre on m'approuvera si j'inscris à la suite des maladies que nous voyons communément diathésiques, d'autres maladies qui prennent ce caractère dans des circonstances rares et encore inconnues.

Cette discussion est assez étendue pour que je doive la résumer sous forme de conclusions :

La diathèse ne fait partie nécessaire d'aucune espèce morbide. Ce n'est pas un attribut essentiel, mais bien une qualité sur-ajou-

tée que prend la maladie lorsque, pénétrant la constitution, elle se fixe, se naturalise dans un sujet, et y passe à l'état de tempérament morbide ;

Quand la cause a été suffisante pour amener un pareil résultat, la qualité diathésique existe dès le début de la maladie. Ce cas est le plus commun et s'explique par la puissance de la cause qui a agi ;

La qualité diathésique, par elle-même et abstraction faite de la nature de l'affection, est susceptible de mesure. Considérée dans l'ensemble des faits qui la présentent, elle est très-prononcée dans les uns ; elle diminue dans les autres, et ainsi progressivement, jusqu'à son effacement complet ;

Certaines maladies très-connues sont presque toujours et d'emblée diathésiques. Chaque cas particulier de ces maladies doit être considéré comme tel, jusqu'à preuve évidente du contraire ;

Le chiffre des maladies chroniques susceptibles de prendre la qualité diathésique ne peut être arrêté. Il n'y a donc pas d'affections que l'on doive appeler diathèses, à l'exclusion des autres.

Ces conclusions me semblent justifiées par l'observation et conformes aux besoins de la pratique.

Elles mettent en saillie le fait culminant, à savoir : qu'une maladie est diathésique, non parce qu'elle a telle nature, mais parce qu'elle s'est étendue en profondeur et s'est assimilé l'économie entière d'une façon stable et opiniâtre. Cette situation, assez longtemps compatible avec l'existence, est le produit d'un travail initial de l'ensemble agissant synergiquement, et cela distingue les maladies diathésiques des autres cas chroniques, dont le caractère essentiel est un désordre local, premier anneau de la chaîne pathogénique.

Les maladies diathésiques sont, un temps, ordonnées pour la durée ; de là les avantages relatifs qu'elles peuvent présenter. La durée implique la tolérance et des effets médicateurs capables de conserver l'équilibre tel quel. Les circonstances étant favorables (état stationnaire de l'affection, manifestations bien placées, inoffensives), cet équilibre peut durer beaucoup, même indéfiniment. De là plus d'une fois l'indication de favoriser, de régler la synergie diathésique, afin que les actions qui en font partie ne pèchent ni par excès, ni par défaut.

Les périls à conjurer sont une mauvaise localisation, ou bien l'exagération du tempérament morbide. Alors l'équilibre est

rompu; la période de lutte, de désordre et de décadence commence.

Le mauvais côté constant de la qualité diathésique est l'opiniâtreté de l'affection, et partant la difficulté du traitement curatif, ce qui entraîne de graves conséquences quand la maladie progresse en s'accompagnant de lésions difficilement tolérables. Les cas sont malheureusement nombreux où, pour ces motifs, la période d'association inoffensive est abrégée.

Le petit nombre des spécifiques et l'insuffisance trop souvent notoire des agents de la pharmacologie et de la chirurgie, doivent porter notre attention du côté de l'hygiène. Là sont les plus puissants modificateurs et les mieux adaptés à la transformation qu'il s'agit d'obtenir. Puisqu'il est reconnu que presque toutes les maladies diathésiques viennent après une longue série de fautes d'hygiène commises par le sujet et surtout par ses ascendants, il est raisonnable de croire qu'une bonne hygiène pourra défaire ce qu'une mauvaise a fait. La science est convaincue qu'une hygiène intelligente, appliquée exactement au choix des époux, à chaque membre des générations successives, aurait pour résultat de supprimer l'hérédité morbide ; si jamais cet idéal se réalisait, l'obstacle le plus difficile à vaincre aurait disparu.

Professer que la qualité diathésique appartient essentiellement et par nature à telles espèces morbides, seulement à elles, c'est renoncer à une étude pratique fort importante, celle des cas exceptionnels où, dans ces maladies, l'affection, épuisée par une première manifestation, ne persiste pas. De plus, c'est ne pas voir la qualité diathésique, lorsqu'elle est prise par une maladie qui, dans l'immense majorité des cas, non-seulement en est exempte, mais est simplement locale.

Je ne voudrais pas que mes conclusions parussent nouvelles aux praticiens; puissent-ils, au contraire, y reconnaître leur propre pensée ! Mon but sera atteint si j'ai réussi à raccorder, à concilier les sentiments de chacun, de façon à formuler une opinion acceptable pour tous.

CHAPITRE IV.

DE LA SPÉCIFICITÉ ET DES AFFECTIONS SPÉCIFIQUES.

Les mots *spécificité, spécifique,* sont d'origine latine; ils viennent de *speciem facere,* faire espèce. *Spécifier* une chose, dit le *Dictionnaire de l'Académie,* c'est la distinguer des autres par l'énoncé de ses traits caractéristiques. A ce compte, tout ce qui est différent serait spécifique.

Dans le langage des sciences, *spécifique* et *différent* ne sont pourtant pas synonymes. Les médecins emploient le mot *spécifique* pour désigner une différence qui n'est pas comme les autres. Les physiciens disaient : chaleur spécifique, pesanteur spécifique, quand ils croyaient que les chaleurs, les pesanteurs de ce nom étaient dues à des états moléculaires particuliers, distincts des autres et provenant d'un mécanisme inconnu. Maintenant que tous les faits de chaleur, de pesanteur, sans exception, sont considérés comme obéissant à la même loi, et sont, l'un par rapport à l'autre, les modalités d'un même mouvement, il n'y a pas lieu d'employer le mot spécifique. Mais l'emploi que les physiciens faisaient alors de ce mot était selon le sens que les savants y ont toujours attaché.

Bien que cette expression soit entrée dans la science à une époque relativement récente, les Grecs avaient certainement l'idée de la chose qu'elle exprime. Certains agents thérapeutiques guérissant une maladie d'une manière particulièrement efficace et en même temps incompréhensible, avaient été distingués par eux; ils appelaient cela : προσοικειωσις, *appropriatio.* Ces remèdes, *remedia appropriata* des Latins, sont évidemment nos spécifiques. Hippocrate exprimait l'idée de la spécificité en employant le mot το θειον pour désigner la cause énergique et secrète qui marque certaines maladies d'une empreinte plus fortement accentuée qu'à l'ordinaire. A ses yeux, il y avait là quelque chose qui rappelait la puissance et le mystère de l'intervention divine.

L'idée de spécificité a été longtemps négligée. Il faut aller jusqu'à Fernel pour la retrouver nettement exprimée. Les maladies *générales,* dit-il[1], sont constituées par des causes *manifestes,*

[1] Fernel; *De morborum differentiis,* pag. 184.

d'autres par des causes *occultes*; et il cite, parmi ces dernières, les maladies pestilentielles, les fièvres exanthématiques, les maladies contagieuses.

Paracelse est, à ma connaissance, le premier auteur qui a employé en pathologie le mot spécifique. *Specificas ægritudines appello quæ sperma suum peculiare habent in corpore* [1]. On ne comprit pas tout d'abord cette définition, qui en effet exige des explications; et le mot spécifique ne fut primitivement accepté que pour les remèdes déjà connus sous le nom de *remedia appropriata*.

Mais Sydenham, en vrai praticien, remarquant dans certaines maladies une physionomie plus accentuée que dans les autres, signala ces maladies de la manière suivante : « Toute maladie spécifique, dit-il dans sa préface [2], est une affection qui provient d'une exaltation ou altération spécifique de quelqu'une des liqueurs du corps animé. » C'était reculer la difficulté, car il fallait dire en quoi consistait l'altération spécifique de l'humeur.

Sydenham [3] est bientôt après plus explicite : « On peut comprendre sous ce genre la plupart des maladies qui gardent un type constant et uniforme. En effet, la nature, en les produisant et en les terminant, ne suit pas moins une méthode fixe que lorsqu'elle produit des plantes ou des animaux ; et comme chaque plante et chaque animal a des qualités propres et particulières, il en est de même de chaque humeur qui a subi une altération essentielle. » Évidemment le métaphysicien Paracelse et le praticien Sydenham ont sur le point dont il s'agit une pensée commune. Le premier veut que les maladies spécifiques soient le produit d'une semence particulière, *sperma suum peculiare habent*; l'autre assimile les maladies spécifiques à une espèce plante, à une espèce animal. C'est dire implicitement qu'elles ont chacune un *sperma peculiare*. Une idée venant de deux esprits si différents mérite qu'on l'examine; je n'y manquerai pas.

Aux yeux de Grimaud [4], le *spécifique* et le *formel* sont une même chose. Chaque maladie a du *spécifique* parce qu'elle a une forme à elle, qui la distingue de toutes les autres. Grimaud fait judicieusement observer ensuite que le spécifique est loin d'avoir partout

[1] Paracelse; *Opera omnia medico-chemico-chirurgica*, MDCLIIX.
[2] Sydenham; *OEuvres de médecine pratique*, éd. de Baumes, t. I, pag. CXXXIV.
[3] Ibid., *loc. cit.*
[4] Grimaud; *Cours complet de fièvres*, tom. III. pag. 152.

la même importance. Ce qui est forme dans une maladie subit fréquemment l'ascendant des causes générales, ainsi nommées parce qu'on les rencontre dans la plupart des maladies. Ce sont évidemment les causes qui *indiquent*, quand elles sont prédominantes. Le spécifique ne devient l'indication principale que lorsqu'il est seul ou le premier dans l'ordre pathogénique. Pour éclaircir sa pensée, Grimaud prend la dysenterie pour exemple. Puisqu'elle a une forme particulière qui la distingue des autres maladies, la dysenterie est spécifique. Mais ce qu'elle a de spécifique étant le plus souvent subordonné à une cause générale : bilieuse, catarrhale, inflammatoire, etc., on ne doit pas s'en occuper, et il faut donner tous ses soins au traitement de la cause générale présente. Dans les cas où le principe spécifique de la dysenterie s'isolerait ou prendrait de l'indépendance, on le combattrait à part et directement par un agent spécifique. Grimaud pense que la racine d'arnica, recommandée par Stoll, Collins, etc., est le spécifique, le *remedium appropriatum* de la dysenterie. Dans ce qu'on vient de lire, il y a d'excellentes pensées sur les rapports du spécifique dans les maladies avec ce qui, en elles, appartient aux causes générales. Toutefois le mot *formel* n'ayant plus aujourd'hui son sens aristotélique et exprimant seulement un mode particulier de manifestations, ce n'est pas dans la *forme* des maladies ainsi comprise qu'il faut chercher la vraie notion de la spécificité.

Si la spécificité morbide existe, c'est dans l'*affection*. Telle était l'opinion de Barthez, exprimée dans sa préface du *Traité des maladies goutteuses*. La spécificité, dit-il[1], est un état morbide essentiel pour la constitution de la maladie, et dont la nature nous est inconnue. On a mal lu Barthez quand on lui fait dire que la goutte consiste dans une lésion de la force de situation fixe. Il fait intervenir cette force à propos de l'état goutteux des solides, et alors il s'agit de la manifestation morbide. Il admet aussi un état goutteux des humeurs caractérisé par la prédominance de certaines substances terreuses. « Soit qu'on veuille ou non regarder la force de situation fixe comme la cause générale de *la goutte qui affecte les solides*, je pense qu'on doit toujours admettre qu'il existe dans les maladies goutteuses *un état goutteux spécifique qui est essentiel pour la constitution de cette maladie, et dont la nature nous*

[1] Barthez; *Traité des maladies goutteuses*, tom. I, pag. III.

est inconnue[1]. » Cet état spécifique est bien évidemment l'affection goutteuse distincte de l'état goutteux des solides, de l'état goutteux des humeurs, dont la nature n'est pas inconnue pour Barthez, puisqu'il prétend en donner l'explication.

Dumas[2] dit que les maladies spécifiques sont constituées par des affections élémentaires d'une nature indéterminée. Cette idée est la même que celle de Barthez.

Les auteurs dont je viens de parler se sont occupés de la spécificité d'une manière incidente. Voyons ce qu'en pensent ceux qui en ont traité *ex professo*.

M. Dupré[3] entend par maladies spécifiques celles qui dépendent de la perversion radicale du système entier des forces de la nature vivante, perversion à effets de tout point funestes, et qu'il faut arrêter le plus tôt qu'on le peut. Cette définition diffère, on s'en aperçoit, de toutes celles que j'ai citées plus haut ; elle a l'avantage de maintenir la spécificité dans l'affection.

M. Golfin[4] définit ces affections : celles dont l'origine, la nature, le principe n'ont pu être appréciés, et qui ne guérissent que sous l'emploi des agents modificateurs offerts par l'empirisme. Ce sont des affections constituées par un principe indéterminé, indécomposé.

M. Cavalier[5] fait remarquer que, dans une affection spécifique, il y a l'analogue des trois caractères présentés par une espèce, soit zoologique, soit végétale : 1° persistance des qualités essentielles malgré les modificateurs externes ; 2° impossibilité de leur transformation en une autre affection ; 3° inaltérabilité par suite des croisements. M. Cavalier justifie cette thèse avec beaucoup de sagacité et de talent, et marche ainsi sur les traces de Paracelse et de Sydenham.

Cette opinion est, on le verra bientôt, essentiellement la même que celle de Barthez, de Dumas et de Golfin. Je les réunirai en une seule, qui contiendra, à mes yeux, la vérité sur la spécificité morbide. Mais auparavant, jetons un regard sur ce qui s'est fait en dehors de Montpellier.

[1] Barthez ; *Traité des maladies goutteuses*, tom. I, pag. III.
[2] Dumas ; *Doctrine générale des maladies chroniques*, pag. 315.
[3] Dupré ; *De la spécificité dans les maladies*. Thèse d'agrégation, Montpellier, 1830.
[4] Golfin ; *De l'existence des affections spécifiques de l'agrégat humain*, 1847.
[5] Cavalier ; *De la spécificité au point de vue clinique*. Thèse d'agrégation, Montpellier, 1854.

Les mots spécificité, spécifique, se rencontrent à peu près partout, et même convenablement employés ; mais je remarque que peu d'auteurs s'expliquent sur le sens précis qu'il faut y attacher. Hunter[1], par exemple, a souvent occasion de parler de l'inflammation spécifique. Il dit avec raison que ce n'est pas l'inflammation, mais sa cause, qui est le spécifique, celui-ci étant quelque chose de surajouté. Toutefois, J. Hunter n'apprend pas à son lecteur à quelles conditions, seules ou associées, une cause et son effet sont spécifiques. Il semble que cela est trop connu pour être répété, ou, ce qui est plus probable, que c'est une question épineuse à laquelle personne ne se soucie de toucher. La vérité est que beaucoup qui s'accordent à nommer telles maladies spécifiques, cessent de s'entendre quant il s'agit de formuler l'idée générale de la spécificité.

Dans l'École d'Hahnemann, on est explicite. Toute maladie est spécifique et réclame un traitement spécifique. Par suite de cette extension donnée à la spécificité, celle-ci devient une qualité constante, nécessaire, dominant tout, et *indiquant* partout. Avec une pareille manière de voir, il n'y a pas lieu de se demander quelles sont les maladies spécifiques, puisque toutes le sont, et le problème posé en tête de ce chapitre n'a plus d'objet. Le lecteur appréciera les motifs qui me font penser autrement. Un autre désaccord me sépare, au sujet de la spécificité, de l'École hahnemannienne. Celle-ci professe que, dans la maladie, il est impossible d'aller au-delà de ce qui tombe sous les sens. En conséquence, pour elle, la maladie est une collection de symptômes, rien de plus, et toute spécificité est reconnue d'après la nature et l'arrangement des symptômes. Je me range au contraire du côté de ceux qui placent la spécificité au-dessus du symptôme. C'est l'opinion de Grimaud, qui d'ailleurs admet des causes générales dont l'influence restreint notablement le domaine de la spécificité : tandis que pour Hahnemann tout est spécifique dans une maladie quelconque. Chaque forme symptomatique a son indication et son remède approprié. On ne comprendrait pas ces auteurs si l'on croyait qu'ils pensent de même au sujet de la spécificité.

L'École hahnemannienne fait disparaître le problème en abusant de la spécificité. D'autres écoles la nient catégoriquement. Il est

[1] Œuvres complètes de J. Hunter, trad. Richelot. *Traité du sang et de l'inflammation.*

impossible, en effet, de l'admettre là où la vie, et par suite la maladie, sont considérées comme le produit de l'action des stimulus externes. Si toutes les maladies sont des réactions ou des subactions, leur pathogénie est connue. Alors l'idée de la spécificité de quelques-unes est un non-sens. Lisez l'article : *Spécifique,* du *Dictionnaire abrégé des sciences médicales,* qui représente la médecine dont je parle, et vous n'y verrez qu'ironie et sarcasme. Cela est logique.

Il ne peut y avoir davantage de spécificité dans la pathologie de ceux qui partent du principe que le corps vivant est exclusivement mu par les forces physiques ou chimiques. Le vitalisme seul peut poser la question dont je m'occupe.

Je termine cet exposé sommaire en rappelant un travail sur la spécificité, publié par M. le professeur Forget dans le *Bulletin général de thérapeutique* [1]. En voici les idées les plus saillantes :

Spécial et *spécifique* sont grammaticalement synonymes. Cependant on est convenu d'entendre par le mot *spécial* de simples nuances ou modifications d'un même objet, tandis que le mot *spécifique* exprime un objet essentiellement et radicalement différent des autres. M. Forget distingue la spécificité morbide et la spécificité thérapeutique. La première est à peu près partout en pathologie. « Il n'y a pas, dit-il, deux cas de la même maladie qui se ressemblent exactement...... Dès-lors, libre à chacun de considérer les différences, quelque minimes qu'elles soient, comme la preuve et le cachet de la spécificité, confondue alors avec la spécialité. » Quant à la spécificité thérapeutique, elle est rationnellement possible, et il convient de la chercher ; mais notre impuissance actuelle est évidente. Nos spécifiques les meilleurs ne méritent pas ce titre. « Un spécifique modèle serait celui qui ne guérirait qu'une seule maladie, et la guérirait toujours. Comptez combien nous en possédons de cette espèce ! »

Autant vaudrait nier la spécificité que de l'entendre de cette manière. Qu'est, en effet, une spécificité morbide qui se trouve non-seulement dans une maladie quelconque, mais dans tous les cas possibles de la même maladie, qui ne se distingue du spécial que par des nuances, par la quantité de la différence ? En vérité, on ne prend pas la spécificité au sérieux, quand on en parle ainsi.

[1] *Bulletin général de thérapeutique,* tom. LV, pag. 97, 151.

La spécificité thérapeutique n'est pas mieux traitée par le professeur de Strasbourg. Si les médicaments spécifiques ne sont qu'à l'état de possible, il n'y a encore rien à dire sur ce sujet. La seule conclusion à tirer du travail de M. Forget est que ceux qui s'occupent de la spécificité emploient leur peine bien mal à propos, attendu que la chose est, en médecine, d'un médiocre intérêt. Le présent chapitre a pour but de prouver que la pathologie telle qu'elle est aujourd'hui contient des maladies spécifiques et d'autres qui ne le sont point, que leur signalement respectif est fourni par les faits bien interprétés, que leur séparation est utile.

Si la spécificité morbide est quelque chose qui mérite qu'on s'en occupe, c'est dans l'affection qu'il faut la chercher. Telle a été toujours l'opinion dominante dans l'École de Montpellier. Quelles sont donc les affections spécifiques? Avant de répondre à cette question, demandons-nous comment on a été amené à la poser.

Dans les temps primitifs, les faits morbides, faute d'une étude suffisante, étaient couverts de la même obscurité. On était alors forcément empirique. Plus tard on a pu trouver la théorie de la plupart de ces faits. Après beaucoup d'observations, de réflexions, de débats contradictoires, la science s'est crue suffisamment renseignée sur leur compte pour établir une thérapeutique rationnelle en rapport avec cette théorie, et la pratique lui a donné raison. Ces investigations n'ont pas réussi à propos de certaines maladies. Celles-ci sont restées impénétrables et ont gardé leur secret. Nous n'avons pas été plus loin, en ce qui concerne leur nature et leur traitement, que la première notion empirique. C'est en présence de ces maladies que l'idée de la spécificité a pris naissance.

Les spécificités étiologique et thérapeutique ont été reconnues les premières. Des causes provocatrices puissantes, déterminant mystérieusement un seul effet morbide toujours le même, devaient être distinguées des autres qui (agents traumatiques, excès de chaleur, de froid, de sécheresse, d'humidité, etc.) donnent lieu à des maladies différentes et ont un mode d'action connu ; d'un autre côté, des médicaments guérissant en bloc une maladie en apparence complexe, d'une façon aussi efficace qu'inintelligible, contrastaient trop avec ceux qui d'après leur mode d'action sont appelés émollients, narcotiques, émétiques, purgatifs, etc., pour ne pas former un groupe séparé dans les classifications pharmacologiques.

Un fait de même genre s'est présenté pour les maladies. La nature du plus grand nombre est notablement comprise. Elles sont réactives, elles sont inflammatoires, spasmodiques, adynamiques; autant d'épithètes ayant un sens défini, intelligible, et au moyen desquelles nous nous faisons du mal une idée suffisante pour extraire de cette idée, logiquement et par déduction, une thérapeutique rationnelle. Les autres sont lettre close quant à leur nature, et pourtant leurs symptômes sont très-accentués, et nous ne pouvons les définir autrement que par description. De là, comme conséquence nécessaire, l'impossibilité de savoir pourquoi et comment ces maladies sont guéries par tel remède. Ceci est la spécificité pathologique, ainsi nommée pour les mêmes raisons que les deux autres.

La spécificité pathologique n'a pourtant pas été aussi facilement acceptée. Il y a, j'en conviens, de ce côté des embarras particuliers qui expliquent les oscillations et le désaccord des esprits. Essayons de les apprécier.

L'incompréhensibilité d'une affection est, ai-je dit, la marque de sa spécificité. Que faut-il entendre par là? Si cela veut dire qu'il suffit que l'incompréhensibilité soit quelque part dans une affection, alors, ainsi que certains l'affirment, toutes les affections sont spécifiques. Toutes en effet sont le produit de la force vitale; or la force vitale est un fait mystérieux et spécifique au plus haut degré. Cette obscurité originelle passe nécessairement dans tous les faits de la vie, et d'avance je renonce à comprendre le tout de l'un quelconque de ces faits. Mais cette spécificité commune, inévitable, n'est pas celle que je cherche. Je demande s'il n'y a pas une spécificité particulière qui s'ajoute à l'autre, et dont le signalement importe à la pratique.

La force vitale, quoique étant en soi incontestablement inintelligible, ne l'est pas dans toutes les parties de ses opérations. Elle a des facultés soumises à des lois expérimentalement connues, qui se modifient d'une manière fréquemment appréciable, et qui s'exercent au moyen d'organes dont la structure et le jeu sont visiblement appropriés à certaines fonctions. De ce côté, l'observation a fourni des résultats précieux. Aucune espérance n'est interdite au sujet du mécanisme organique des maladies. Nous avons sur ces mécanismes des théories que la science sanctionne, lorsque, ne dépassant pas la limite défendue, elles se bornent à

expliquer les faits explicables. Ainsi, par exemple, je me rends compte des phénomènes d'une fièvre inflammatoire par la surexcitation, l'orgasme de l'appareil sanguin. J'emploie, au besoin et avec succès, les moyens thérapeutiques capables, par des effets que je conçois, d'apaiser cette surexcitation, cet orgasme, afin de faciliter la solution naturelle de la maladie. Voilà, certes, une lumière, et une lumière utile, précisément parce qu'elle n'a pas la prétention d'éclairer plus qu'elle ne le fait en réalité. Cette théorie implique la spécificité de la fièvre inflammatoire en tant que fait vital, mais elle la sous-entend comme qualité commune. Effectivement, ici cette spécificité ne fournit aucune indication particulière.

Une réaction, une subaction sont pareillement mystérieuses dans ce qui, en elles, émane immédiatement de la vie ; toutefois, je sais que leur existence est attachée à une provocation qu'il suffit d'enlever pour obtenir la guérison. Je sais qu'elles sont constituées, l'une par une augmentation, l'autre par une diminution de l'action vitale. Ceci est une explication dont la pratique fait son profit pour instituer un traitement rationnel approprié. La spécificité commune de ces maladies est encore sous-entendue, n'indique pas et ne mérite pas d'être prise en considération ; elle est, pratiquement, ce qu'elle est ailleurs, et rien de plus.

Que faut-il donc pour qu'une maladie soit appelée spécifique? Deux conditions sont nécessaires. Le fait initial de cette maladie, le fait qui la constitue et en détermine la nature, doit être essentiel, c'est-à-dire une affection idiopathique. De plus, ce fait initial est impénétrable au point qu'on ne peut rationnellement rien en déduire pour la thérapeutique.

La première condition exclut du groupe des maladies spécifiques celles qui sont subordonnées, pendant toute leur durée, à l'action d'un stimulus provocateur. C'est donc du côté des affections qu'il convient de se tourner pour trouver la spécificité que nous cherchons.

Une maladie spécifique est une affection. Nos efforts pour avoir une idée de sa pathogénie, de sa nature, sont actuellement inutiles, soit que nous l'étudiions en elle-même, soit que nous la comparions avec une autre. Rapprochée d'un fait hygide quelconque, nous ne pourrons pas dire qu'elle en est l'exaltation, la diminution, la perturbation, l'opposition. Le nom de ces affec-

tions est complètement insignifiant, en ce sens qu'il ne suggère absolument rien au sujet de la lésion dont l'ensemble du système est atteint. Cette lésion inconnue est la source principale des indications, et quand nous pouvons la guérir, nous ignorons complètement à quelle mutation il faut rapporter l'événement. On le voit, il faut se confier à l'expérience empirique en ce qui concerne ces maladies.

Soit, par exemple, l'affection syphilitique. Quel genre d'influence exerce le virus de ce nom? *Est in eo virtus syphilitica.* Cette réponse à la Molière est la seule possible, et certes elle ne nous apprend rien. Essayez de concevoir ce qu'est en elle-même une affection pareille; trouvez une idée qui de près ou de loin serve à en éclairer la nature; comparez-la à quoi que ce soit dans l'ordre hygide, dans l'ordre pathologique, et demandez-vous de quoi elle est l'accroissement, le décroissement, la combinaison, la déviation, le contraire. Cherchez à savoir pourquoi le mercure la guérit; tous vos efforts seront inutiles. On a cru réussir, je le sais. On a dit que la syphilis était un empoisonnement dû à une matière qu'il s'agissait d'expulser, que c'était une série de scènes irritatives se multipliant par sympathie. Ces théories et toutes les autres qu'on a imaginées n'ont pu résister au moindre examen, et il a bien fallu avouer notre impuissance à comprendre.

Nous sommes certes plus avancés pour d'autres affections, sur l'étiologie, la pathogénie, la thérapeutique desquelles nous avons des lumières suffisantes pour la pratique. Les manifestations morbides de l'affection inflammatoire sont l'accélération du mouvement circulatoire avec pouls fort et plein, des fluxions actives, des hémorrhagies; celles de l'affection bilieuse sont la couleur jaune des sclérotiques, de certaines parties de la peau, la nausée, le vomissement, la diarrhée; ce sont là autant de phénomènes qui s'accordent avec l'idée que je suis autorisé à me faire de ces maladies. Je conçois très-bien pourquoi ceux-là arrivent et non d'autres. Je trouve entre les agents antiphlogistiques et l'affection inflammatoire, entre les agents antibilieux et l'affection bilieuse, un rapport intelligible de convenance. Si je me demande, au contraire, pourquoi l'affection syphilitique s'exprime par des chancres ayant tel aspect, par les plaques muqueuses, les rhagades, par la coloration cuivrée des parties malades, etc., je n'arrive à aucune réponse plausible. L'expérience m'a enseigné que cela était ainsi, et je n'en sais pas

davantage. Mon ignorance est la même quand il s'agit de donner la raison de la vertu curative des antisyphilitiques. Il n'y a donc entre l'affection syphilitique et ses actes morbides, entre cette affection et l'agent qui la guérit, aucun intermédiaire saisissable qui puisse servir de moyen d'explication. Contraint alors de franchir la lacune et de passer de plein saut de la manifestation morbide à la force vitale, je dis que l'affection syphilitique est cette force vitale modifiée de manière à produire telle série de phénomènes dont j'ignore la succession causale, le mécanisme organique. Cette modification est aussi mystérieuse que la vie, puisque je suis incapable d'en donner la raison; elle est, par conséquent et pour les mêmes motifs, aussi spécifique que la vie. Seront pareillement spécifiques toutes les affections que, faute de lumière, je serai contraint de considérer comme un fait vital entièrement inexplicable, comme un X inconnu. Rappelons-nous les motifs qui ont jadis décidé à appeler spécifiques certains faits de chaleur, de pesanteur; ils étaient de même ordre. Aujourd'hui ces mots, chaleur spécifique, pesanteur spécifique, étant pris dans un sens différent, il n'y a plus aucune comparaison à établir.

Toute similitude n'est pas effacée entre les affections spécifiques et les autres maladies. Comment en serait-il autrement? Puisqu'elles sont des maladies, elles ont les caractères essentiels de la maladie, et rentrent ainsi dans la communauté. C'est la même force qui les produit avec le secours des mêmes facultés, des mêmes organes. De là, des ressemblances nécessaires. On trouve dans les manifestations des affections spécifiques, comme dans les manifestations de toutes les autres: la fluxion, la phlegmasie, l'ulcération, l'accroissement, l'abaissement de l'action vitale, etc., marqués toutefois, chez elles, par un cachet spécial révélant une nature à part. Les ulcères, les caries, les excroissances syphilitiques sont, d'un côté, les mêmes que les autres ulcères, caries, excroissances, et, d'un autre côté, ces actes morbides ont une physionomie, une marche propres, une aptitude à être mystérieusement modifiés par certains agents. Ces traits les séparent et les rendent incomparables. L'affection cancéreuse est, dans son expression phénoménale, une lésion de la faculté plastique semblable à ce point de vue à toutes les lésions de ce genre. Néanmoins, les productions cancéreuses examinées en elles-mêmes, dans leurs antécédents, dans leurs suites, présentent des particularités assez distinctes, assez

expressives pour qu'on leur accorde une cause productrice à part parmi celles qui modifient la matière du corps vivant, cause dont le mécanisme organique est inconnu.

Cette obscurité implique comme déduction logique une autre qualité importante à noter. L'affection spécifique est un élément, un fait indécomposé, simple, au-dessus duquel il n'y a rien d'appréciable dans l'ordre de causation. Une chose qu'on sait composée et qu'on dédouble, n'est pas de tout point inconnue, puisqu'on dit qu'elle est formée par la réunion de telle et de telle autre chose. Si donc nous étions autorisés à penser qu'une affection spécifique est composée, le mystère de sa pathogénie serait en partie dévoilé, et sa spécificité propre disparaîtrait; mais il n'en est rien. C'est en vain qu'on a jusqu'à présent cherché les éléments composants des affections syphilitique, cancéreuse, varioleuse, goutteuse, etc.; tout, au contraire, montre leur simplicité. Elles se forment tout d'une pièce, guérissent en bloc ou persistent entières, sans qu'il soit possible de concevoir comment elles seraient, si l'on pouvait entamer leur nature propre et essentielle. Il est bon de faire observer que la qualité *élément* est insuffisante pour constituer la spécificité, car les affections dont la théorie est faite ne sont pas spécifiques; il n'en est pas moins vrai qu'une affection ne peut être spécifique qu'à la condition d'être indécomposée.

L'*indécomposition* d'une affection est donc la conséquence obligée de sa nature spécifique. M. Golfin a eu raison de dire qu'elle perdrait sa qualité spécifique en perdant sa simplicité; en conséquence, la liste des affections spécifiques doit être considérée comme provisoire, et malgré l'insuccès des efforts tentés, ce serait trop engager l'avenir que de proscrire sur ce point toute espérance d'une manière absolue.

Il est bien entendu que lorsque je parle de la simplicité des maladies spécifiques, j'ai seulement en vue l'affection mère, primitive, et non des manifestations morbides, des complications. Ici, évidemment, l'analyse reprend ses droits. La spécificité, remarque utile à faire, est la conséquence de notre défaut de pénétration. C'est une appréciation faute d'autres, que nous devons nous efforcer de remplacer par une meilleure. Un jour peut venir où tous les mécanismes morbides seront expliqués ; alors il n'y aura plus de maladies spécifiques; mais, dans le réel des choses, rien ne sera changé.

Quelques médecins, croyant voir plus clair dans les spécificités étiologique, thérapeutique, se contentent de définir la maladie spécifique : *celle qui succède à une provocation et guérit par un médicament spécifiques*. Cette définition a le défaut de faire croire que la spécificité pathologique n'est rien et se révèle seulement d'après un événement antérieur ou postérieur à la maladie. Une semblable pensée serait fausse; la spécificité de la cause provocatrice entraîne nécessairement, il est vrai, la spécificité de la maladie, car si l'effet était intelligible, la provocation le serait. Si, par exemple, il était certain que la syphilis est une réaction, une phlegmasie, un empoisonnement dû à la présence d'une matière nuisible, qu'elle se perpétue tant que cette matière n'est pas éliminée, nous saurions quelque chose d'important touchant le mode d'agir de la provocation, et celle-ci ne serait plus spécifique. Pareillement, la spécificité du remède implique la spécificité de l'affection. Prouvez que le mercure guérit la syphilis en éliminant, en neutralisant une substance hostile, en éteignant une phlegmasie, etc., son action cesse d'être un mystère, et du même coup la lumière se fait sur la nature de la syphilis. Ainsi les notions de cause provocatrice, d'affection, de traitement, sont solidaires l'une de l'autre, s'éclairent ou s'obscurcissent réciproquement. Une provocation non spécifique qui suscite une affection spécifique, agit à la façon des causes occasionnelles. Une prédisposition mystérieuse remplit alors le rôle principal ; c'est donc toujours l'inconnu que nous rencontrons au commencement, comme dans tout le cours d'une affection spécifique. La lumière qui éclaire une partie se répand sur le reste. Le spécifique par conséquent est autant pour nous dans la maladie que dans sa provocation, que dans son traitement. S'il est dans la maladie, il faut en donner le signalement ; rien ne doit dispenser de ce soin, d'autant plus nécessaire que fréquemment le secours fourni par la provocation, par le traitement, nous manque. Effectivement, combien n'observons-nous pas de maladies spécifiques naissant en dehors de toute provocation, ou à la suite de stimulus n'ayant rien de spécifique! Combien plus encore dont nous n'avons pas le remède spécifique! Il faudrait donc les effacer de la liste, si la condition d'avoir une provocation et un remède spécifiques était nécessaire. La goutte, le cancer ne seraient plus spécifiques; conclusion évidemment inacceptable. Convenons toutefois que lorsque l'une ou l'autre de

ces circonstances est présente, lorsque surtout toutes les deux sont réunies, comme dans la syphilis, le signalement de la spécificité devient plus facile et peut être établi par cela seul et sans aller plus loin. Est-ce une raison pour ne pas faire un pas de plus, pour ne pas chercher le spécifique qui se trouve dans les caractères propres à la maladie? Je ne le pense pas.

Continuons donc notre étude, et pour cela il importe de donner le véritable sens des mots spécifique, spécial.

Le mot spécifique a une signification restreinte et s'applique à l'ordre particulier de différences que je cherche à faire connaître. Le mot spécial est sans limites et s'emploie à désigner toutes les différences qui peuvent se rencontrer, soit dans les parties essentielles d'un objet, soit dans ses parties accessoires. Dire d'une maladie spécifique qu'elle est spéciale, ce n'est pas assez, puisque, pouvant énoncer son genre propre de spécialité, on ne le fait pas, et l'on reste alors dans un vague dont la science ne doit pas se contenter. Le spécial se trouve non-seulement dans ce qui est de nature diverse, mais aussi dans les choses qui ne s'écartent de leurs congénères que par de simples variétés. Ainsi, la fièvre inflammatoire des jeunes filles pubères est spéciale par rapport aux autres fièvres inflammatoires. Pour les mêmes motifs, la variole confluente, la variole discrète, sont des varioles spéciales. Spécial, spécifique, ne sont donc pas synonymes. Il y a tel mode de spécialité assez important à connaître pour qu'on le désigne par un mot ne servant que pour lui. Si ces réflexions sont justifiées par les faits, il est impossible d'admettre, avec M. Forget, que spécial et spécifique ne varient que par des nuances, et qu'il est permis de les confondre. Leur séparation est donc possible et est déjà faite.

En étiologie, par exemple, la provocation spéciale est celle dont le mode d'action connu peut donner lieu à plusieurs maladies de nature différente, mais qui, pour l'ordinaire, amène celle-ci plutôt que celle-là. Les transitions atmosphériques brusques sont la cause provocatrice spéciale de l'affection catarrhale; un froid sec et continu est la cause provocatrice spéciale de l'affection inflammatoire. L'expérience prouve qu'entre ces causes et leurs effets le lien est relâché, puisque très-souvent on ne les trouve pas réunis. C'est ainsi qu'on voit des affections inflammatoires provoquées par les transitions atmosphériques, des affections

catarrhales provoquées par le froid. La provocation spécifique est toute autre. Sa seule vertu est de susciter une seule affection sans qu'on sache comment elle agit. Elle ne peut rien à l'égard de toute autre affection. Les virus sont, d'après cela, des provocations spécifiques.

On admet, en pharmacologie, des médicaments spéciaux parce qu'ils répondent à telle nuance d'indications. Ainsi, le tartre stibié est un émétique spécial ; l'aloès est un purgatif spécial, etc. D'autres médicaments sont dits spéciaux parce que leur action, d'ailleurs connue, porte sur tel organe d'une manière élective. Ainsi, la noix vomique est l'excitant spécial de la moelle épinière, la cantharide est l'excitant spécial des organes urinaires. Le pourquoi de cette élection est inconnu, sans doute ; mais tout ne l'est pas, puisque nous savons que ces agents excitent. Pareillement, la digitale est un sédatif de l'appareil vasculaire. Il suffit que je dise que c'est un sédatif, c'est-à-dire un médicament agissant à la façon de certains autres, pour que je ne puisse penser à l'appeler un spécifique, attendu que, dans la vertu spécifique, rien n'est comparable et tout est mystère. Quelques médecins croient devoir appeler *spécifiques d'organe* la digitale, la cantharide, la noix vomique et les médicaments qui présentent une semblable particularité d'élection. Cela est acceptable, à la condition expresse de ne pas confondre ces agents avec les spécifiques d'affection.

Dans ce qui précède, j'ai expliqué et justifié l'idée d'Hippocrate, de Fernel, à savoir : que la maladie spécifique est celle qu'il faut rattacher à une cause occulte, à un *quid divinum*. Cette idée, reprise par Barthez et Dumas, a été mise dans son plus grand jour par Golfin, pour qui, comme pour les auteurs que je viens de nommer, elle est la caractéristique de la spécificité. Il y a une autre manière de considérer celle-ci, la même au fond que la précédente, mais sous une autre forme : c'est celle de Paracelse, de Sydenham, sur laquelle M. Cavalier a insisté dans ces derniers temps. Voici cette pensée. Les affections spécifiques reproduisent les caractères qui ont servi à instituer les espèces zoologiques ou végétales. Jusqu'à quel point cela est-il vrai? comment l'étymologie *speciem facere* est-elle justifiée? Je dois une réponse à ces questions.

Ici une difficulté se présente. Nous savons que les espèces morbides ne ressemblent que de loin aux espèces admises en histoire

naturelle. Mais il en est qui leur ressemblent plus que les autres, et celles-là sont les maladies spécifiques.

Celles-ci ont, en effet, une physionomie, une nature arrêtées depuis leur première apparition sur le globe, quelque ancienne que soit la date de cette apparition. Leur expression phénoménale est pathognomonique, suffit à les faire reconnaître dans l'immense majorité des cas. Leur marche est plus fortement réglée que celle des autres. Chez plusieurs, elle est presque mathématique. Les cas individuels ayant entre eux une ressemblance aussi grande que possible, on ramène aisément chacun d'eux à la maladie type. Ici la synonymie, nulle ou très-restreinte, ne présente aucun embarras à l'étude ; point de nuances, point d'à peu près, point de degrés intermédiaires. Ces maladies sont tout entières, ou elles ne sont pas. Entre elles et la plus voisine, il y a une lacune infranchissable qu'on a renoncé à vouloir combler. On ne dit pas, comme on le dit de l'affection inflammatoire, bilieuse, etc. : « un peu d'affection varioleuse, syphilitique, cancéreuse », etc. La quantité de la cause provocatrice n'y fait rien ; tout y est quand quelque chose y est. La variole, la syphilis, le cancer, etc., se conservent dans le cours des âges avec les mêmes traits, semblables et reconnaissables, faisant un contraste frappant avec le fonds changeant du reste de la pathologie. Cette résistance à l'action des temps et des lieux annonce une nature fixe, enchaînée dans une marge étroite hors de laquelle elle s'évanouit entièrement. Ce sont là, il faut en convenir, des individualités, des espèces morbides, autant qu'il est accordé à une maladie d'être une individualité, une espèce.

Portons plus loin le parallèle.

Une espèce évoluant spontanément et dans sa liberté, ne peut jamais devenir une autre espèce. On peut rechercher jusqu'à quel point les maladies sont douées d'un privilége, sinon identique, du moins analogue.

Nous observons beaucoup de maladies qui, avant d'arriver à leur fin, à leur dénoûment naturels, peuvent disparaître et être remplacées par une autre, différente ou même contraire. Une affection commence avec la nature inflammatoire, s'en dépouille ensuite pour prendre la nature bilieuse, catarrhale, muqueuse, ataxique, adynamique, etc.; à l'affection sthénique succède l'affection asthénique, et réciproquement. Ces affections ont donc des

rapports de filiation pathogénique, et l'on comprend à l'aide de ces rapports la possibilité de la mutation; fréquemment même on en suit le progrès caché. Cette inconsistance est bien différente de ce qui est admis touchant l'inaltérabilité des êtres espèces.

Les affections spécifiques rappellent bien mieux cette inaltérabilité. Leur nature plus individualisée résiste aux maladies comme aux autres modificateurs. Elles commencent, continuent, finissent entières, sans rien abandonner de leurs caractères essentiels. Jamais une affection spécifique, cancer, syphilis, variole, rage, etc., ne devient autre chose, quelle que soit la puissance d'une prédisposition ou d'une influence extérieure. Une maladie intercurrente peut en modifier l'évolution, peut la compliquer; mais elle n'entame jamais sa nature, qui reste intacte jusqu'à la fin. Les maladies spécifiques ne sont donc pas susceptibles de se changer en une autre maladie, nouveau trait de ressemblance avec les vraies espèces.

Ceci m'amène à mettre en regard, d'un côté les résultats des associations que peuvent contracter les maladies spécifiques, et de l'autre les produits de l'union des espèces zoologiques ou végétales, union qui, pour certaines, a été obtenue artificiellement. Étant toujours admis qu'il s'agit de simples analogies et non d'identités, nous allons voir qu'à ce point de vue encore, les maladies spécifiques sont celles qui s'éloignent le moins des êtres espèces.

Le rapport du produit de l'association de deux maladies et du produit de l'accouplement de l'ânesse avec le cheval, par exemple, peut ne pas être compris au premier abord par le lecteur ; mais un peu de réflexion suffira pour faire cesser son étonnement et le décider à admettre, avec moi, que ces choses sont comparables.

Il me semble que, plus deux maladies sont susceptibles de s'associer intimement, plus leur nature est voisine, et je comparerai volontiers ces maladies aux espèces semblables qui s'accouplent naturellement, et naturellement aussi sont fécondes. Ainsi, les affections capables de s'associer de la manière la plus intime ressembleront moins aux êtres d'espèce différente. Les autres s'en rapprocheront au contraire davantage.

L'association la plus intime de deux affections est celle dans laquelle elles se combinent, se fusionnent à la façon de deux éléments chimiques se réunissant pour former un corps nouveau ayant droit

à une existence distincte et individuelle. Les maladies composées nous présentent des exemples de ce genre. Tel est le produit de l'union de la fièvre inflammatoire et de la fièvre bilieuse.

Ce produit est une fièvre nommée et classée à part, présentant les caractères de chacun des composants en proportion de leur quantité respective. L'élément bilieux, plus prononcé, dominera l'autre, et réciproquement. Les praticiens prennent ces diversités en considération et les expriment en leur langage. Ainsi, la fièvre qu'ils nomment inflammatoire bilieuse est plus inflammatoire que bilieuse ; c'est l'inverse pour une fièvre bilieuse inflammatoire. On a donné un nom spécial (*causus*, fièvre ardente) à la fièvre qui est autant inflammatoire que bilieuse. Les nuances sont admises; mais, à cause de leur nombre et parce que ce sont des nuances, on n'a pu songer à créer un mot pour désigner chacune d'elles. N'est-il pas vrai que dans ces cas et dans tous les cas semblables, les choses se passent comme en chimie, sauf que la quantité des composants n'est pas mathématiquement réglée de manière à former des équivalents? Or, des affections ayant entre elles assez d'affinités pour se combiner ainsi, pour s'accoupler, si je puis ainsi parler, naturellement et fructueusement entre elles, sont plus rapprochées l'une de l'autre que ne le sont les espèces zoologiques ou végétales, et sous ce rapport ne ressemblent pas à ces dernières.

L'hétérogénéité des espèces zoologiques, végétales, est bien mieux rappelée par les affections spécifiques. Beaucoup de ces affections sont habituellement solitaires (goutte, cancer, rage, choléra, syphilis) ; elles peuvent, sans contredit, s'associer avec d'autres maladies ; quelques-unes même, les fièvres exanthématiques, entretiennent des relations très-fréquentes avec les affections inflammatoire, bilieuse, catarrhale, etc. Mais il y a alors complication et non fusion réciproque. La possibilité de la combinaison de deux affections spécifiques est une opinion particulière que l'observation de quelques cas obscurs a suggérée ; mais cette opinion n'a pas reçu la sanction de la majorité, et aucun nom indiquant la présence de deux natures spécifiques unies pour former une espèce morbide distincte, n'a été admis dans le langage scientifique. Certes, en analysant certaines maladies, on rencontre comme éléments les affections syphilitique, scrofuleuse, dartreuse, scorbutique, goutteuse, associées deux à deux, peut-être en plus grand nombre. Il est important de remarquer qu'alors chacune des

affections composantes exige son traitement approprié. Chacune est donc restée entière. Ordinairement elles cèdent successivement l'une après l'autre ; parfois cependant, ce qui est le plus haut degré de l'association alors possible, elles se retiennent réciproquement, et les deux ordres de moyens thérapeutiques doivent être administrés simultanément pour être efficaces. Or, lorsque dans la réunion de deux affections l'une d'elles ne cède rien de sa nature, il y a simplement complication. Pour comprendre ce qui précède et ce qui va suivre, il faut saisir la différence qui sépare la complication et la fusion morbides. Je viens d'indiquer l'idée principale de cette différence. Le lecteur trouvera les développements et la preuve au chapitre de l'association des maladies.

Les fièvres exanthématiques ne vont pas plus loin que la complication dans leurs rapports avec les autres affections. Elles ont pourtant une aptitude extrême à s'associer avec les affections inflammatoire, bilieuse, etc., chacune ayant pour l'une de ces affections une affinité particulière (érysipèle et fièvre bilieuse, variole et fièvre inflammatoire, rougeole et fièvre catarrhale, etc.). Mais on s'assure aisément par la réflexion qu'il n'y a pas là fusion réciproque, combinaison. Les affections varioleuse, érysipélateuse, rubéoleuse, ne diminuent certes pas par ces associations, à proportion des quantités plus considérables de l'élément qui s'y ajoute. Il y a toujours dans ces maladies *autant* d'érysipèle, de rougeole, de variole, qu'il peut y en avoir. Après l'enlèvement de la complication, l'affection spécifique persiste imperturbablement jusqu'à sa fin naturelle, toujours entière partout où elle est. Les varioles dites inflammatoire, bilieuse, etc., sont autant varioles que la variole simple. On les verra plus ou moins gênées, dans leur évolution, d'une manière très-fâcheuse pour le sujet : mais rien de ce qui les constitue essentiellement n'est entamé; elles cesseraient d'être plutôt que d'abandonner une partie de leur individualité. Elles reçoivent et ne se donnent pas. Voilà une complication et non une fusion semblable à celle que j'ai notée tout à l'heure à propos des affections non spécifiques. On ne dira donc pas d'une variole associée qu'elle est une portion de fièvre varioleuse, plus autre chose. On nommera la variole en premier lieu, et l'on ajoutera l'épithète indiquant la complication. Si la variole est la seconde dans l'ordre chronologique et d'importance, on nommera la première maladie, et l'on dira ensuite qu'elle est compliquée

par une variole ; et constamment la variole, compliquante ou compliquée, gardera ses traits caractéristiques.

L'hétérogénéité de nature des fièvres exanthématiques est telle que ces fièvres ne peuvent se fusionner entre elles. En ajoutant une variole à une variole, une rougeole à une rougeole, etc., on n'obtient pas un total unique et parfaitement combiné, comme lorsqu'il s'agit de deux affections inflammatoires, de deux affections bilieuses, etc. Tout le monde sait qu'au contraire les deux varioles, les deux rougeoles, et à plus forte raison si les deux fièvres exanthématiques sont différentes, marchent à côté l'une de l'autre sur le même individu ; elles se gênent, se font obstacle mutuellement, s'interrompent et ne se pénètrent jamais ; c'est donc une complication, et rien de plus. Le fait suivant, publié par M. Anglada, est remarquable parmi ceux du même genre qu'on a cités [1]:

Doulet, chirurgien à Ille (Pyrénées-Orientales), père d'une fille unique, voulut la soustraire aux dangers de la variole, et employa le moyen d'alors, l'inoculation. Il pratiqua lui-même l'opération au bras droit, en novembre 1779. L'incision s'étant fermée dès le deuxième jour, il crut avoir échoué, et ce même jour il fit une seconde inoculation en prenant la précaution d'inciser la peau plus profondément. Une imprudente impatience de voir paraître la petite vérole le décida à introduire, deux jours après, une croûte varioleuse encore fraîche dans l'incision la plus récente. Les symptômes d'une variole apparurent le quinzième jour après la première inoculation. Une deuxième variole commença le dix-huitième, et une troisième se montra le vingtième; en tout trois varioles, chacune correspondant par ordre de date à l'une des inoculations, et suivant à côté des autres sa marche distincte et caractéristique. La jeune fille guérit.

Des faits à ce point significatifs révèlent une personnalité morbide portée aussi loin que possible. N'est-il pas vrai de dire que les affections varioleuse, rubéoleuse, etc., rappellent à leur manière la répugnance qu'ont les êtres d'espèce différente à se fusionner, à s'accoupler entre eux ?

Comme ces espèces, le lecteur s'en souvient, elles ont des traits accentués et permanents qui rendent leur signalement relativement

[1] Anglada ; *Essai sur la contagion*. Thèse de doctorat. Montpellier, 1832, pag. 73.

facile. Il se peut toutefois qu'elles ne se développent qu'incomplètement, et même qu'elles se cachent derrière des symptômes appartenant à une maladie différente. Toutes les affections, spécifiques ou non spécifiques, sont susceptibles de présenter de semblables dégradations, lesquelles aussi sont rencontrées analogiquement dans les vraies espèces. Chez tel produit d'une génération animale, végétale, le type primitif est amoindri, dissimulé et devient difficile à reconnaître. Les variétés, les anomalies sont fréquentes dans quelques maladies spécifiques; mais elles vont rarement jusqu'à une dégradation assez avancée pour qu'on l'appelle monstruosité. Cela pourtant a été observé; je citerai comme exemple la variole *sine variolis*. Les symptômes les plus caractéristiques peuvent donc manquer.

D'après cela, les liens existant entre une affection spécifique et sa manifestation, quoique étant plus étroits, plus constants qu'ailleurs, ne sont ni indissolubles ni nécessaires. L'affection est présente, entière, malgré l'arrêt de développement, malgré l'absence de la lésion anatomique, du symptôme pathognomonique. Retournons le problème, et demandons-nous s'il suffit de l'existence bien constatée de cette lésion anatomique, de ce symptôme, pour affirmer par cela seul l'existence de l'affection. Oui, presque toujours, tant il est rare de trouver cette lésion anatomique, ce symptôme, ailleurs que dans l'affection dont ils sont la manifestation naturelle et appropriée. Toutefois, il se rencontre des cas singuliers où l'on est obligé d'admettre la possibilité de pareilles anomalies.

Ainsi, il n'y a pas d'exceptions à la loi de pathologie générale établissant qu'aucune manifestation morbide n'est nécessaire d'une manière absolue. Les manifestations des affections spécifiques sont plus originales, plus expressives, plus constantes : voilà tout ce qu'on peut dire. L'expérience prouve, en effet, que des pustules semblables à celles de la variole, qu'un exanthème pareil à celui de la rougeole, peuvent se montrer là où il n'y a point d'affection varioleuse, point d'affection rubéoleuse. On voit quelquefois certains symptômes syphiloïdes sans syphilis, certains symptômes rabiformes sans rage, des produits ressemblant au tubercule sans affection tuberculeuse, des douleurs rhumatoïdes sans rhumatisme. La cellule dite cancéreuse n'est pas attachée à l'affection cancéreuse au point de ne pouvoir s'en séparer. Puisque l'acte mor-

bide habituel d'une affection spécifique se développe sans elle, puisque celle-ci existe sans lui, il ne représente pas absolument cette affection, il n'en est pas le signe indispensable. Il n'y a de spécifique dans cet acte morbide que ce que l'affection y met. La source de la spécificité de l'acte morbide est donc l'affection. Ainsi, l'acte morbide est spécifique, non par lui-même, mais par l'affection qui, en le produisant, l'a marqué à son effigie. Il mérite confiance dans l'immense majorité des cas, plus dans les maladies spécifiques que dans les autres, mais il peut exceptionnellement induire en erreur.

Tout étant bien examiné, j'ai, ce me semble, montré que les maladies spécifiques reproduisent mieux que les autres et aussi bien qu'une maladie peut le faire les traits caractéristiques d'un être espèce. L'épithète spécifique, dans le sens de *speciem facere*, est donc justifiée. On comprend alors pourquoi Paracelse a dit d'elles : *sperma suum peculiare habent*; pourquoi Sydenham a écrit que la nature, en les produisant, suit une méthode fixe comme lorsqu'elle produit les animaux et les plantes; pourquoi M. Cavalier a soutenu qu'elles ont, comme les espèces, l'éternité, l'immutabilité, l'inaltérabilité, à la suite des croisements. Les restrictions que j'ai signalées, chemin faisant, étaient certes dans la pensée de ces auteurs, et tout en en tenant compte, il est encore permis de faire entrer dans le signalement des maladies spécifiques leur ressemblance plus grande avec les vraies espèces. D'ailleurs, cette pensée se trouve en harmonie parfaite avec celles d'Hippocrate, de Fernel, de Barthez, de Dumas, de M. Golfin. Des deux côtés, c'est une même chose. Les auteurs que je viens de nommer ont pris dans l'espèce la notion de la spécificité, qu'ils ont ensuite appliquée à la maladie. Une espèce est, sans contredit, un fait essentiellement spécifique, un fait dont la cause productrice est inexplicable, indéterminée, élémentaire; un fait qu'on constate sans pouvoir remonter plus haut. Une espèce est en outre fortement caractérisée, facile, sauf dégradation, à distinguer de toutes les autres espèces. L'être espèce est ou n'est pas. Les croisements entre espèces différentes n'ont lieu que pour quelques-unes, ne sont jamais naturels et ne persistent pas. Nous avons vu que des choses analogues se rencontraient dans les maladies spécifiques.

Je pourrai maintenant définir ces dernières :

Celles dont l'*affection est élémentaire, mystérieuse, inaltérable,*

fortement hétérogène, se manifestant par des actes morbides qui donnent à la maladie une physionomie accentuée. Ces affections, se conservant les mêmes partout et toujours, sont le plus haut degré possible de l'individualité morbide, et rappellent ainsi mieux que les autres les caractères de l'espèce zoologique ou végétale.

De pareilles affections existent-elles? Je n'en doute pas. Tout le monde pourtant n'est pas de cet avis. Cela dépend de la manière d'entendre la pathologie. Celle-ci est-elle considérée comme entièrement contenue dans la physiologie hygide, dont elle est le plus ou le moins, toutes les maladies s'expliquent par des variations quantitatives de la vie normale, et la question d'hétérogénéité de nature ne peut être posée. A plus forte raison la spécificité doit-elle être battue en brèche par ceux qui expliquent la vie au moyen du jeu des actions physico-chimiques. Évidemment alors le fait initial d'une maladie quelconque est connu, et le mot spécifique n'a plus d'objet. Notre opinion a donc inévitablement pour adversaires tous les médecins qui croient posséder le secret de la vie.

Nous avons aussi contre nous ceux qui, convaincus qu'en dehors des symptômes tout est chimère, ne veulent rien chercher au-delà. Pour eux, toutes les maladies sont couvertes du même voile d'obscurité, et l'on ne peut les distinguer entre elles à ce point de vue.

Ainsi, nous sommes placés entre les excès du rationalisme et les excès de l'empirisme. Pour accepter mes idées, il faut admettre des maladies explicables et d'autres inexplicables. En principe, l'immense majorité est de mon avis, et considère avec moi, comme spécifiques, certaines maladies sur lesquelles le doute n'est pas possible ; mais n'y en a-t-il pas d'autres où l'accord n'est pas aussi facile ? ce que chacun imagine comprendre est-il réellement bien compris? ce qui échappe à son intelligence est-il réellement impénétrable? Il y a là des difficultés à prévoir.

On peut donc s'accorder avec moi pour la définition de la spécificité morbide, et différer quand il s'agit de l'appliquer. La variété des maladies étant infinie, on doit s'attendre à en rencontrer plusieurs qu'on a autant de raisons de placer d'un côté comme de l'autre. Il en est qui réalisent d'une manière satisfaisante les traits exigés tout à l'heure ; d'autres laissent quelque chose à désirer. La spécificité morbide est comme un pays dont les parties

centrales ont seules une physionomie accentuée ; celle-ci s'efface à mesure qu'on se rapproche des frontières ; une fois arrivé là, on s'aperçoit que la différence avec les voisins est imperceptible. Aussi est-il difficile de constituer et de limiter le groupe des maladies spécifiques. Ceci n'est pas une objection contre la justesse de l'idée, et prouve seulement que cette idée présente parfois des embarras dans l'application. L'art et la science ne vont pas toujours d'un pas égal sur tous les points, la science marche la première et va souvent là où l'autre ne peut encore la suivre.

L'impossibilité de circonscrire nettement le domaine des maladies spécifiques s'explique aisément. Le lecteur s'en souvient, la spécificité, la non-spécificité sont dans le rapport de notre esprit avec les objets, et non dans les objets eux-mêmes. Qu'une maladie soit comprise ou ne le soit pas, sa nature intrinsèque reste la même. De là, des doutes inévitables selon les circonstances. Une maladie peut être inintelligible parce qu'elle n'a pas été étudiée d'une manière suffisante, parce qu'elle est nouvelle, parce qu'elle est observée dans un pays lointain ; les relations qu'on nous en fait peuvent être incomplètes, et nous sommes dans l'impuissance d'en vérifier l'exactitude ; les idées régnantes font tour à tour paraître les mêmes choses claires ou obscures. Tel médecin est frappé des ressemblances qui existent entre les maladies, et a une tendance instinctive à diminuer le chiffre des maladies spécifiques. Tel autre étudie particulièrement les différences et est porté à augmenter ce chiffre. Voilà pourquoi, pour trouver un accord faisant autorité, il faut aller tout d'abord au cœur du sujet, à ces maladies bien étudiées, fréquentes, qui malgré un travail obstiné ont gardé leur secret : telles sont les affections syphilitique, cancéreuse, goutteuse, herpétique, rabique, les fièvres exanthématiques, les maladies aussi redoutables que mystérieuses qu'on appelle grandes épidémies, et dont récemment le choléra nous a offert un exemple.

Il ne doit pas y avoir doute pour celles-là. La spécificité des autres ne s'impose pas de la même manière, et il faut réfléchir, examiner avant de l'admettre.

Je trouve dans l'étiologie, dans la nosographie, dans la thérapeutique des affections scorbutique, scrofuleuse, assez de choses explicables, assez de ressemblances avec d'autres affections, pour motiver quelques incertitudes à leur égard. Toutefois, en en appro-

fondissant l'étude, je reconnais que ce que je comprends est accessoire, qu'en dégageant le fait qui caractérise essentiellement ces affections, j'obtiens un élément inexpliqué en même temps que non comparable, et je conclus que la scrofule et le scorbut sont spécifiques.

Des motifs semblables me décident à regarder comme telle l'affection tuberculeuse. Il est évident que le médecin qui l'identifie avec l'affection scrofuleuse ne serait pas de mon avis. Je fais remarquer que les travaux micrographiques les plus modernes sur les produits tuberculeux fournis par ces maladies, témoignent en faveur de la séparation.

Qu'on pense que le rhumatisme et la goutte sont deux maladies ou n'en font qu'une, cela n'a aucun inconvénient, pourvu que les partisans de l'unité tiennent compte des différences notables qui sont constatées, et que personne ne nie. Tout bien examiné, je crois que l'opinion de Barthez établissant que la goutte et le rhumatisme sont congénères, est la meilleure. Je les vois se fusionnant ensemble dans des cas moyens qu'on appelle rhumatisme goutteux, goutte rhumatismale, et je conçois très-bien alors qu'on ne consente pas à en faire deux maladies spécifiques distinctes.

L'affection intermittente est spécifique, aux yeux du plus grand nombre. Les anciens, qui considéraient cette maladie comme une névrose et la traitaient par les narcotiques et les antispasmodiques, n'étaient pas de cet avis, et quelques médecins pensent aujourd'hui comme eux. C'est avec le quinquina qu'est arrivée l'idée de la spécificité de l'affection intermittente. Longtemps cet argument a paru décisif; il est pourtant au moins contestable. Il n'est pas exorbitant de dire que la fièvre d'accès est une névrose, que le quinquina est le sédatif par excellence d'une espèce particulière d'éréthisme nerveux, quand il agit comme fébrifuge; d'un autre côté, la spécificité de l'effluve paludéen n'est pas à l'abri de toute objection, il est très-douteux que cet effluve ne puisse provoquer que la fièvre d'accès; les essais qu'on a faits pour l'isoler tendent à l'assimiler aux substances toxiques septiques; il n'est donc pas spécifique comme les virus. En l'état, il est permis d'hésiter au sujet de la spécificité de la fièvre d'accès et du quinquina.

Passons à une autre difficulté. Il est clair qu'avant de poser la question de la spécificité d'une maladie, la certitude que cette maladie constitue une espèce morbide distincte doit être acquise. Par

conséquent, ceux qui confondent la fièvre typhoïde avec les autres pyrexies, ceux qui ne voient en elle que la forme grave de ces pyrexies, ne peuvent en admettre la spécificité. Quant à moi, je crois d'autant plus volontiers à la spécificité de la fièvre typhoïde que je la considère comme une maladie nouvelle qu'il convient de placer à côté des fièvres exanthématiques. Je serais moins ferme dans cette croyance si je pensais, comme on fait généralement, que la fièvre typhoïde est représentée par telle maladie mentionnée dans le recueil hippocratique, par telles autres décrites avec détail par Huxham, Sarcone, Rœderer et Wagler. Je serais alors forcé d'admettre que la fièvre typhoïde a été fortement modifiée dans le cours des âges, circonstance qui, l'on s'en souvient, ne se trouve pas dans les maladies spécifiques au premier chef.

Mais voici un embarras plus sérieux que les précédents. L'ophthalmie purulente, la blennorrhagie vénérienne non syphilitique, la pourriture d'hôpital, sont-elles spécifiques ? Et d'abord, sont-elles des affections ? Non, car je vois en elles des maladies locales, pouvant rester telles jusqu'à la guérison, et n'atteignant l'ensemble que par sympathie. D'un autre côté, l'hétérogénéité de nature de ces maladies est bien moins prononcée que dans la variole, la rougeole, etc. Effectivement, par des cas servant d'intermédiaire, je rattache l'ophthalmie purulente à certaines formes graves d'ophthalmie catarrhale, la blennorrhagie vénérienne à d'autres blennorrhagies ayant une origine différente, la pourriture d'hôpital à d'autres dégénérescences des plaies.

Par ces motifs, si j'accorde la spécificité à ces maladies, je suis en dehors des termes de ma définition; et pourtant, les maladies dont je parle sont contagieuses, virulentes, et, d'après mon propre aveu, la virulence implique la spécificité. J'admets donc pour elles une spécificité en rapport avec les particularités qu'elles présentent. Je fais un groupe de réactions dont la *spécialité* est tellement avancée qu'elle atteint la *spécificité* en certaines parties, et ce groupe me sert de transition entre les maladies simplement spéciales et celles qui sont complètement spécifiques. Tant il est vrai que la manière d'être spécifique est indéfiniment variable, et prête à la discussion lorsqu'on sort du cercle où l'accord est possible !

Il est bon de faire remarquer que les effets du virus varioleux nous offrent un exemple de contagion locale et de contagion

générale. On sait que l'inoculation de la variole peut donner lieu à deux varioles différentes. La première conséquence de cette inoculation est une éruption qui reste limitée au siége de la piqûre ou à son voisinage, puis vient la variole de l'ensemble. Quand, ce qui arrive, tout s'arrête à la variole locale, l'immunité n'est pas acquise au sujet. Cette variole est, par rapport à celle qui vient après, ce que l'ophthalmie purulente, la blennorrhagie vénérienne non syphilitique, la pourriture d'hôpital, sont relativement aux vraies maladies spécifiques, et pour dernier trait de ressemblance notons que les contagions locales peuvent se répéter indéfiniment, tandis que la plupart des maladies spécifiques de l'ensemble ne sont pas sujettes à récidiver.

Ces exemples suffisent pour donner une idée des aspects particuliers que peuvent prendre les maladies spécifiques. Toutes, il s'en faut, ne le sont pas de la même manière; de là, les difficultés dont j'ai parlé. S'il n'est pas possible de dresser en ce moment une liste de maladies spécifiques qui obtienne l'assentiment général, à plus forte raison nous est-il défendu de la fermer. Le choléra en a récemment augmenté le nombre; et qui sait ce que l'avenir nous réserve! En outre, l'expérience a prouvé que des maladies non spécifiques, catarrhe, dysenterie, fièvre puerpérale, etc., pouvaient le devenir par l'addition d'un élément épidémique inconnu qui leur donne un cachet particulier et les distingue de toutes les autres. Parfois, à la suite de tâtonnements empiriques, on en trouve le remède, et ce remède se comporte à la façon des spécifiques. Qui pourrait imposer des bornes à la spécificité d'origine épidémique!

Pour tous ces motifs, une classification des maladies spécifiques ne peut être qu'artificielle et ne peut jamais complètement satisfaire. M. Golfin[1] a proposé de les distinguer en celles qui sont virulentes et en celles qui sont diathésiques et héréditaires. M. Golfin fait remarquer que la syphilis appartient aux deux groupes et en forme le trait d'union. A l'épithète *virulentes*, qui caractérise le premier groupe, je substituerais volontiers l'épithète *aiguës;* parmi les aiguës, je ferais une place à part aux fièvres exanthématiques, aux maladies qui sont spécifiques par l'addition d'un élément épidémique, et enfin aux maladies qui n'ont de commun

[1] Golfin; *De l'existence des affections spécifiques de l'agrégat humain*, pag. 17.

que le caractère virulent : rage, morve. Cette classification n'est certes pas à l'abri du reproche, mais elle pourrait servir à l'exposition méthodique de la spécificité morbide telle que celle-ci se présente dans les cas principaux.

Généralement, le diagnostic des maladies spécifiques est facile, à cause de l'accentuation de leur physionomie. C'est parmi elles, en effet, que l'on trouve les lésions d'organe et les symptômes les plus pathognomoniques. Tout le monde sait que les maladies épidémiques semblent coulées dans le même moule, ce qui permet de les reconnaître souvent à première vue.

Quant au pronostic, il se déduit naturellement du diagnostic et de ce qu'on sait touchant la marche ordinairement réglée et parfois fatale de la maladie, et touchant l'efficacité du traitement. La qualité épidémique se surajoutant à une maladie en augmente pour l'ordinaire la gravité.

Le traitement des maladies spécifiques semble, au premier abord, couvert de ténèbres. Comment traiter une affection après avoir établi que sa nature est mystérieuse ? Aux yeux de certains, c'est là déclarer une impuissance thérapeutique complète. De là, une foule de sarcasmes : la spécificité est l'ignorance érigée en principe ; c'est l'inauguration officielle de l'empirisme fataliste.

Avant de combattre ces accusations, je remarque que partout où l'ignorance est réelle, le mieux est d'en faire l'aveu ; il est quelque chose de pire encore que l'ignorance, c'est la fausse science. Le faux savant est plus dangereux que l'ignorant qui se connaît. Le faux savant satisfait est incorrigible et ferme la porte au progrès. Le vrai savant doit, comme le négociant, ne pas s'abuser sur sa vraie richesse ; s'il passe à son actif ce qui doit figurer au passif, les conséquences sont dangereuses.

Cette réflexion de bon sens vulgaire étant faite, je vais prouver sans peine que le traitement des maladies spécifiques est très-possible, et qu'il y a bien loin de ce traitement à l'empirisme.

Hippocrate a dit : *Qui sufficit ad cognoscendum sufficit etiam ad curandum*. Les partisans de la spécificité reconnaissent autant que leurs adversaires la vérité de cette parole. Donc, pour traiter une maladie, fût-elle cent fois spécifique, il faut la connaître. Que le lecteur ne se hâte pas de me déclarer en contradiction avec ce que j'ai dit au sujet du mystère des affections spécifiques. Je le prie de suspendre son jugement.

Nous possédons deux manières de connaître une affection morbide. Dans l'une, nous en savons le progrès caché, le mécanisme organique, et nous déduisons la thérapeutique de cette théorie. Dans l'autre manière, nous connaissons seulement l'affection en tant qu'elle est accessible à certains agents de curation. Il est très-souhaitable de posséder la première, qui, remarquez-le bien, ne vaut que tout autant qu'elle mène à la seconde. Celle-ci est, en définitive, le but qu'il faut atteindre. Si l'on y parvient sans passer par la première, l'amour-propre du savant peut être humilié, mais le praticien se déclare satisfait. Ce dernier cas est celui des maladies spécifiques pour lesquelles nous avons un remède approprié. Nous franchissons alors de prime saut l'intervalle qui se trouve entre le diagnostic et l'indication. Nous agissons sans savoir comment, mais nous agissons avec efficacité.

Il y a donc à découvrir, dans une maladie, sa nature pathogénique, sa nature thérapeutique. *Sufficit ad curandum* comprend les deux choses. Je puis retourner la phrase hippocratique, et dire avec la même vérité : *Qui sufficit ad curandum, sufficit etiam ad cognoscendum;* ce qui est, du reste, la même pensée exprimée ailleurs par le Père de la médecine : *Naturam morborum ostendunt curationes.*

Certainement, je connais assez des maladies intermittentes, syphilitiques, dartreuses, scorbutiques, etc., lorsque je sais d'elles qu'elles sont heureusement modifiables par tels agents, et cette façon de les connaître n'est pas à dédaigner. On ne doit pas m'accuser de contradiction, et je peux dire à propos des maladies spécifiques comme à propos des autres : *Qui sufficit ad cognoscendum sufficit etiam ad curandum;* seulement je les connais d'une manière différente.

Hippocrate dit très-exactement : *ad curandum,* et non : *ad sanandum.* Traiter n'est pas guérir. Les difficultés de la guérison sont inégalement réparties dans les maladies spécifiques comme dans les non spécifiques. Plusieurs maladies spécifiques sont guérissables, et d'une façon très-aisée.

De ce qu'on connaît théoriquement une affection, il ne s'ensuit pas qu'on soit capable de la guérir. Voilà une fièvre ataxo-adynamique. J'en sais la pathogénie autant que cela se peut. C'est une résolution des forces radicales survenue à la suite d'excès énervants et de tout genre, dont l'action énergique en sens inverse a compromis l'unité, l'harmonie nécessaires à la vie. Je tire de là

des indications très-justes; il faut, avec le secours des toniques, reconstituer le *robur* vital. J'agis en conséquence, et le malade meurt. Rien de plus exact que la théorie de certaines apoplexies sanguines; ce sont des hémorrhagies cérébrales. Suis-je, par cette connaissance, capable de supprimer l'épanchement, de réparer la brèche qu'il a faite? Un corps étranger est tombé dans le larynx: quelle pathogénie plus claire, et le sujet est-il sauvé par cela seul que je sais le mécanisme de ce qu'il faut faire? Non, car il faut réaliser ce mécanisme tel que je le conçois, et trop souvent là est l'obstacle insurmontable. J'ai ce qui suffit à traiter la maladie selon les règles de l'art, *sufficit ad curandum,* mais non toujours ce qui suffit à guérir le sujet, *sufficit ad sanandum.*

Les médicaments spécifiques ne sont pas, il s'en faut, notre ressource unique. Nous allons voir combien il nous en reste encore.

Au point de vue des complications, les affections spécifiques rentrent dans la règle commune. A moins d'urgence, comme dans le cas d'une fièvre intermittente pernicieuse, il faut dissiper ce qui complique; on simplifie ainsi la maladie, on favorise l'action du remède approprié, on place la faculté médicatrice dans de meilleures conditions pour parvenir à son but.

Certaines maladies spécifiques vont d'elles-mêmes à la guérison. La méthode thérapeutique naturelle leur convient comme à toutes celles qui ont cette tendance, et nous guérissons parfaitement la variole, la rougeole, etc., bien que nous ignorions en quoi ces maladies consistent.

Les affections spécifiques dites perverses (scrofuleuse, tuberculeuse, cancéreuse, etc.) guérissent quelquefois sous l'influence d'un effort médicateur spontané. Ces faits, quoique rares, donnent un enseignement dont nous profitons pour chercher à provoquer, à imiter les mêmes actions bienfaisantes, et nous réussissons quand les circonstances se trouvent favorables. Fréquemment on observe des efforts critiques partiels, moyennant lesquels l'affection se maintient longtemps dans un état modéré, et laisse le malade dans une situation relativement satisfaisante. Telles sont les conséquences avantageuses des manifestations scrofuleuses sur la peau, des attaques régulières de goutte. La règle thérapeutique est de conserver intacts ces actes salutaires, de faire durer longtemps la maladie. Cette manière de traiter a encore de grands avantages pour le malade.

J'ai dit que les affections spécifiques s'exprimaient par le concours de *processus* morbides communs. Ces *processus* sont la source d'indications spéciales qu'il faut accommoder avec celles qui viennent de l'affection elle-même. La fluxion, la phlegmasie, l'ulcération, le spasme, entrent, à titre d'éléments, dans la composition des actes morbides, concourent à leur formation, en accélèrent le développement. De là, quand cette marche est funeste, indication de les modérer, de les effacer. Une tumeur cancéreuse, un asthme goutteux, une ophthalmie spécifique, etc., exigent, autant qu'une lésion d'organe quelconque, un traitement particulier qui devient urgent lorsque les conséquences de ces actes morbides sont menaçantes.

Enfin, dans les maladies spécifiques comme dans les autres, il y a nécessité de conserver les forces, de prévenir autant qu'il se peut la dégénérescence cachectique. Ces indications se retrouvent dans toutes les maladies.

Les conditions favorables à la formation de certaines maladies spécifiques sont connues, et nous pouvons quelquefois, en les atténuant, en les faisant disparaître, retarder, arrêter la marche de la prédisposition qui y conduit. Nous pouvons, par l'isolement, nous mettre à l'abri des provocations contagieuses, et nous possédons dans la vaccine le moyen d'obtenir l'immunité par rapport à l'affection varioleuse.

Tout n'est donc pas spécifique dans le traitement des maladies de ce nom. Les méthodes dites naturelles, analytique, imitatrice, perturbatrice, y trouvent l'occasion de leur emploi. Ces méthodes sont rationnelles et répondent à ce qui se retrouve dans toutes les affections, qu'elles soient spécifiques ou non.

Le tableau des maladies spécifiques que je viens de tracer est, je crois, fidèle et suffisamment caractéristique. Je le complète par le trait suivant :

En jetant un regard d'ensemble sur la pathologie, on trouve des maladies qui ont toujours existé, et dont on ne conçoit pas la disparition. Ce sont les maladies les plus naturelles à l'homme, et dont les vicissitudes inévitables du milieu qui l'entoure sont cause provocatrice. Ces maladies ont dû naître avec nous, et persisteront tant que l'humanité durera. Telles sont les fièvres dites *cardinales*, telles sont la fluxion, la phlegmasie, l'ulcération, l'hémorrhagie, l'hydropisie, le spasme. C'est le fonds premier et permanent de la pathologie.

Nous observons ensuite d'autres maladies survenues plus tard, à des époques diverses, dont la date est historiquement fixée, et qui sont relativement nouvelles. Elles n'ont pas encore pénétré dans tous les pays ; elles ne se lient donc pas nécessairement à la pathologie humaine, dont elles sont un accident. Leur cessation arrivant, cette pathologie n'en existerait pas moins.

Ces maladies nouvelles, dont le fait initial est un élément inconnu jusque-là, sont les maladies spécifiques. Les unes tiennent à des circonstances fortuites et cessent avec elles. Les épidémies proprement dites se distinguent, par leur mobilité et leur existence accidentelle, des maladies provenant des saisons, maladies dont l'ancienneté se perd dans la nuit des temps, dont la constance ne s'est jamais démentie. Quelques maladies spécifiques sont restées en permanence, les unes à l'aide de la contagion, les autres à l'aide de prédispositions transmissibles de génération en génération, et dont le relâchement des mœurs explique la permanence ; mais on les conçoit toutes comme surajoutées à l'arbre pathologique primitif. Nous savons ce qui les ferait disparaître. L'isolement laisserait périr les maladies contagieuses dans leurs foyers ; une bonne hygiène largement et assidûment pratiquée préviendrait, combattrait les prédispositions qui conduisent à la goutte, à la scrofule, aux dartres, etc., et en arrêterait la transmission héréditaire. Utopie ! déraison ! c'est malheureusement probable. Il n'en est pas moins vrai que la difficulté vient, non de la nature fatale des choses, mais des révoltes de la volonté ou d'une ignorance coupable. Ces obstacles ne sont pas nécessairement insurmontables. Le devoir du médecin est de répéter incessamment que nous pouvons les vaincre, afin d'obtenir des intéressés tout l'effort dont ils sont capables.

Un épisode de l'histoire de la goutte justifie la pensée que je viens d'exprimer. A l'époque où, sous la Rome impériale, le débordement des mœurs était porté à son comble, les femmes s'abandonnaient aux mêmes excès que les hommes et avaient la goutte comme eux. Plus tard, elles reprirent leur modération et leur retenue naturelles, et cette maladie leur est presque devenue étrangère. Notre sexe n'obtiendrait-il pas le même bénéfice si, modifiant ses habitudes, il parvenait à se soustraire aux causes provocatrices ? On peut raisonnablement l'espérer. Un exemple analogue et plus frappant encore nous est fourni par la lèpre. Cette

maladie, malgré sa ténacité et son développement immense, a presque disparu de la scène pathologique. Les circonstances spéciales auxquelles elle se rattachait ont dû s'effacer ou devenir impuissantes. La syphilis, la variole ont notablement perdu de leur férocité première. Ne pouvons-nous pas obtenir mieux encore? Qui sait ce que nous réserve la mobilité des temps et de la civilisation !

Quant aux maladies spécifiques et épidémiques, il est évident que leur cause déterminante est au-delà de notre portée, et que nous n'avons nulle action sur elle. Toutefois, il est permis de penser que si notre *robur* vital acquérait de l'énergie à l'aide d'une bonne hygiène, nous résisterions avec plus d'avantages. En tout cas, puisque ces maladies tiennent à des conditions accidentelles et fortuites, elles ne font pas partie obligée de notre sytème microcosmique; il se peut donc qu'elles cessent un jour, pour ne plus se reconstituer. L'histoire a conservé le récit d'épidémies de ce genre dont il ne reste que le souvenir.

Il est donc positif que les maladies spécifiques sont les moins naturelles, qu'elles ont été un jour ajoutées au fonds pathologique commun. Leur disparition est du nombre des choses que l'on conçoit possibles. Je complète ainsi leur signalement par une remarque qui intéresse l'avenir de l'humanité.

A chaque pas que nous venons de faire, le lecteur a reconnu l'utilité du dogme de la spécificité. Je vais, en terminant, résumer brièvement les raisons qui donnent la mesure de l'importance qu'on doit lui accorder.

En pratique, ce dogme fournit une manière particulière de connaître certaines maladies, fort répandues, sans pénétrer dans leur mécanisme intime. C'est le diagnostic thérapeutique. La spécificité oppose une barrière aux excès du rationalisme, et nous ne sommes pas pour cela désarmés contre les maladies qu'elle marque de son cachet. Pour quelques-unes des maladies spécifiques, nous sommes plus qu'amplement dédommagés de notre ignorance par l'efficacité et la facilité d'emploi du remède.

En pratique, c'est une haute nécessité de distinguer les indications provenant de l'affection, de celles qui sont fournies par l'acte morbide. Cette distinction, quelquefois difficile à faire en ce qui concerne les maladies non spécifiques, devient très-aisée pour

les maladies spécifiques. Elle s'impose alors d'elle-même. Qui ne fait cette différence lorsqu'il s'agit de traiter la syphilis, la scrofule, la goutte, le cancer, etc.! toutes maladies qui fournissent les plus frappants exemples en faveur de la distinction de l'affection et de ses manifestations morbides.

Afin d'obtenir dans toutes les maladies des succès pareils à ceux que donnent le mercure, le quinquina, le soufre, les antiscorbutiques, on cherche partout des remèdes spécifiques, et les journaux sont remplis de prétendues découvertes en ce genre. Pour comprendre la vanité de ces prétentions et savoir jusqu'où les espérances peuvent aller, il faut se rappeler qu'une manifestation morbide séparée de son *affection*, qu'une affection composée, n'ont pas et ne peuvent avoir de spécifique. Un remède spécifique suppose nécessairement une *affection*, et, de plus, une affection simple, non compliquée. Les bons praticiens sourient quand ils entendent parler d'un remède antidysentérique, antihydropique, antipneumonique, antigastralgique, etc. Jusqu'à présent, et ceci est digne de remarque, on n'a pas trouvé de spécifique guérissant une maladie aiguë. Si le quinquina est un vrai spécifique, il constitue une exception à cette règle, car le vaccin prévient la variole et ne la guérit pas.

Ce ne sont pas les seuls services rendus par le dogme de la spécificité morbide; il exerce une heureuse influence sur la science considérée en général. Nous avons vu qu'il existe deux spécificités: l'une commune, qui est la vie elle-même et passe dans tous les produits de la vie; l'autre spéciale, celle que j'ai étudiée dans ce chapitre, et qui n'est que la première mystérieusement modifiée. Les idées de ces deux spécificités se soutiennent mutuellement. Quand on nie la première, du même coup on nie la seconde. Sous prétexte d'éclairer la science, on répand sur elle une lumière fausse qui défigure les objets, les fait paraître tout autres qu'ils ne le sont en réalité. La négation de la seconde amène logiquement celle de la première. En effet, dans l'état actuel de nos connaissances, le problème de la vie n'est pas plus malaisé à résoudre que celui des affections syphilitique, cancéreuse, varioleuse, etc. Quand on croit tout comprendre dans les opérations pathologiques, pour quelle raison plausible les fonctions hygides auraient-elles des obscurités? pourquoi admettre un inconnu spécifique dans la vision, l'audition, la gestation, la digestion, la sécrétion, etc.? Et ainsi

toute spécificité disparaît de l'anthropologie. C'est pour se débarrasser de la spécificité, pour présenter aux adeptes une science facile, où tout est expliqué, que les systèmes ont été inventés. Par exemple, la vie est le produit de l'âme, des forces physiques, des propriétés attachées à certaines molécules matérielles, etc. Les maladies sont dues au défaut d'arrangement des atomes composant le corps, à l'atonie, au spasme, à l'irritation, à la subaction, et doivent être traitées d'après l'idée qu'on s'en fait. Les affections spécifiques sont l'écueil où ces systèmes se sont brisés. Elles ont été pour Broussais, jusque-là triomphant, un obstacle insurmontable, et cet échec a été le signal du discrédit dans lequel ce réformateur est tombé.

Si l'on confond les deux spécificités pour n'en faire qu'une seule, on fait passer toutes les maladies sous un niveau égal, on les proclame toutes inintelligibles au même degré. Le rationalisme est systématiquement banni de la médecine, et l'empirisme règne partout en souverain. L'expérience proteste contre une prétention semblable, qui déconsidérerait notre art en le privant de précieuses ressources.

Pour tout dire, en un mot, le dogme de la spécificité mène au vitalisme vrai, qui seul reconnaît des faits vitaux *secondaires* qu'on explique, et d'autres *premiers* qu'on n'explique pas, donnant ainsi sa part légitime à la spéculation, et l'arrêtant quand elle veut aborder l'impénétrable. Par la spécificité, on arrive naturellement à la notion de l'essentialité morbide, notion qui tient une grande place dans la pathologie vitaliste. Nous allons voir, dans le chapitre suivant, que les caractères de l'essentialité morbide sont particulièrement évidents dans les affections spécifiques.

La spécificité, je le répète, réside dans la vie, qui en est la source première; elle passe ensuite dans les produits de la vie, tantôt mêlée de clartés dont nous profitons pour comprendre et agir rationnellement, tantôt conservant son mystère, au moins pour le fait initial. Convaincu, d'après l'observation, qu'il y a des maladies où les choses se passent de l'une ou de l'autre manière, j'ai jugé utile de les distinguer, d'admettre comme superposée à la spécificité commune une spécificité particulière dont le signalement et l'étude intéressent également la science et la pratique.

CHAPITRE V.

RAPPORTS DE DÉPENDANCE DES MALADIES. — MALADIES CONSIDÉRÉES AU POINT DE VUE DE LEUR FAIT INITIAL.

Une maladie peut avoir son fait initial en elle-même, ou bien ce fait initial est en dehors d'elle. Ces situations sont exprimées par les mots : *idiopathique, essentiel, symptomatique, sympathique*, dont il est utile d'expliquer et de commenter la signification.

ARTICLE PREMIER. — ÉTATS MORBIDES IDIOPATHIQUES.

L'état morbide idiopathique (παθος, état morbide, ἰδιος, propre) est celui qui dans l'ordre de causalité ne dépend pas d'un autre. L'épithète *idiopathique* est la contre-partie des épithètes : *symptomatique, sympathique*, et ne sera tout à fait comprise que lorsque le sens de ces dernières sera connu.

Primitif, protopathique n'expriment pas exactement la même idée qu'idiopathique. Une maladie primitive, protopathique, est idiopathique; mais on parlerait incorrectement si, pour caractériser un état morbide restant seul jusqu'à la fin, on disait qu'il a été primitif, protopathique. Ces mots impliquent la survenance d'un autre état morbide, et c'est selon l'ordre d'apparition que l'un est appelé primitif et l'autre secondaire. *Primitif, secondaire, protopathique, deutéropathique*, signalent un rapport de chronologie pure, sans rien préjuger des liens qui peuvent unir les deux états morbides. Les épithètes symptomatique, sympathique, faisant connaître qu'il existe une filiation et la nature de cette filiation, ont plus d'importance aux yeux des praticiens. Il résulte des explications précédentes qu'un état morbide secondaire, deutéropathique, peut être idiopathique lorsqu'il ne dépend pas de l'état morbide primitif : telle serait, par exemple, une variole survenant pendant le cours d'une autre maladie ; on a donc tort quand on confond les mots exprimant une relation de généalogie avec ceux qui indiquent une succession telle quelle.

Une maladie peut s'établir sans provocation ou avec provocation. Dans le premier cas, elle est évidemment idiopathique. Elle est également idiopathique dans le second, si la provocation

n'est pas une maladie. Que la provocation soit faible ou puissante, il n'importe; l'idiopathisme n'en existe pas moins. Une maladie catarrhale contractée par un sujet qui s'est exposé à l'air froid, et une maladie déterminée par l'inoculation d'un virus énergique, sont idiopathiques, car le froid, le virus ne sont pas des maladies.

Une réaction générale provenant d'une plaie enflammée n'est pas idiopathique. La plaie est au contraire idiopathique, parce qu'elle ne dépend pas d'un état morbide autre que le sien, mais seulement d'une cause provocatrice. Il en est de même de toutes les réactions qui surviennent à la suite d'une lésion traumatique, plaie, fracture, luxation, etc.; la solution de continuité, le déplacement de l'os, ne sont pas en effet la maladie; celle-ci est constituée par les phénomènes vitaux survenus à leur occasion.

Ce que je dis des provocations d'origine externe est vrai de celles dont l'origine est interne. La pléthore, le tempérament sanguin, favorisent l'établissement d'une affection inflammatoire, mais ne sont pas des états morbides. Pour ce motif, la fièvre inflammatoire que nous voyons naître sous cette influence est, à bon droit, appelée idiopathique. Elle cesse de l'être si elle dépend d'une phlegmasie, par exemple. Le vomissement provient-il simplement d'une irritabilité morbide de l'estomac, il est idiopathique; il ne l'est plus, s'il est causé par une gastrite, par une maladie du cerveau, de l'utérus, etc.

La distinction entre les maladies idiopathiques et celles qui ne le sont pas est d'une utilité évidente. Le lecteur en comprend sans peine les conséquences thérapeutiques, qui sont de traiter la maladie idiopathique pour elle-même, et de traiter la maladie non idiopathique en traitant l'état morbide générateur. Savoir s'il existe ou non des rapports de dépendance entre une maladie et une autre qui peut être plus ou moins visible ou cachée, apprécier la nature de ces rapports, est un problème pratique toujours important, mais quelquefois très-difficile. Cela sera expliqué quand il sera question des maladies symptomatiques et des maladies sympathiques.

Avant d'aborder ce sujet, il faut parler de l'essentialité, laquelle a des points communs avec l'idiopathisme, mais ne peut être confondue avec lui.

§ I. — Maladies essentielles.

Tout le monde ne donne pas la même signification au mot *essentiel*. Les uns se servent de cette épithète pour exprimer la qualité d'un objet la plus caractéristique, la première en importance. Ainsi, disait Descartes, l'étendue est la partie essentielle, l'essence des corps. Cela n'est pas exact. L'étendue n'est qu'une abstraction géométrique que l'on conçoit très-bien en dehors de toute matière. La résistance que celle-ci oppose (impénétrabilité) en donne une idée plus juste. Le mot essence, entendu dans ce sens, est l'équivalent d'une définition. D'après cela, *essence* et *nature* sont même chose, ce qui fait double emploi.

Pourquoi alors les mots *essence*, *essentiel*, sont-ils conservés dans la science ? Évidemment, ils expriment une idée qui n'est pas celle que je viens de faire connaître ; et, en effet, en étudiant les natures diverses, on a remarqué que les unes étaient par elles-mêmes, se suffisaient à elles-mêmes, tandis que les autres avaient une existence dépendante. Le besoin de distinguer ces natures s'est fait sentir, et on a appelé les premières *natures essentielles*. Ainsi comprise, l'essentialité dépasse les qualités visibles de l'objet, et on doit la chercher dans la cause qui est la raison d'être de cet objet. Supprimez toute force, et la question d'une pareille essentialité ne peut être posée.

Essentialité, essence (de *esse* être ; dans une langue quelconque, l'infinitif du verbe *être* est le radical nécessaire, parce qu'il comprend l'idée mère de toutes les autres) supposent dans leur sens large et rigoureux ce qui est par soi, sans avoir besoin d'antécédent, ce qui est toujours cause et jamais effet. A ce compte, Dieu seul serait un être essentiel. Cause universelle et par excellence, il a tout produit, et s'il se retirait de sa créature, celle-ci n'existerait plus. Ce fait est incontestable ; mais doit-on en conclure que rien n'est hors de Dieu, que tout est en Dieu ? Non, car ce serait le panthéisme, contre lequel la science et la morale protestent de toutes leurs forces. Quel Dieu et quelles créatures sortiraient de là ! Physique, physiologie, psychologie, théologie, se trouveraient confondues, soumises l'une à l'autre, ayant même principe, perdant toute essentialité, toute autonomie.

La raison veut qu'il y ait d'autres êtres que Dieu, d'autres

causes que la Cause divine. Dieu est la cause des causes ; les causes dites secondes agissent par une vertu intrinsèque qui leur a été donnée le jour où elles furent créées, et qui leur appartiendra tant qu'elle ne leur sera pas retirée par Celui de qui elles la tiennent. Les causes secondes, en recevant l'existence, ont acquis le pouvoir d'être par elles-mêmes ; elles sont donc essentielles. Il a pu arriver, il peut encore arriver que, pour un grand intérêt, Dieu suspende provisoirement l'action d'une cause seconde et agisse directement à son lieu et place. A ce moment, la cause seconde n'est plus essentielle. Mais cela est un miracle, un fait d'ordre surnaturel, théologique, n'ayant rien de commun avec ceux dont les sciences humaines s'occupent. Celles-ci ne connaissent que des causes secondes essentielles, agissant elles-mêmes, selon la nature, selon les lois qui leur appartiennent. La constance de ces lois, la certitude où nous sommes qu'elles se conservent les mêmes, nous garantissent seules la justesse de nos inductions et de nos déductions. Notre confiance est entière ; le miracle, par suite de son excessive rareté, devient l'équivalent de l'impossible et, en dehors de la théologie, peut être tenu pour impossible.

Toute cause qui tient de Dieu l'existence immédiatement, sans intermédiaire, est essentielle, parce qu'il n'y a rien entre elle et son auteur. Nous pouvons faire abstraction de Dieu par la raison que toutes les causes secondes ont été son œuvre et sont également encore conservées dans leur nature, dans leur énergie propres. C'est une quantité égale que l'on sous-entend sans inconvénient aucun. Mais rapporter tout à Dieu dans l'explication des phénomènes, serait reculer jusqu'à l'enfance des connaissances humaines. Admettre que Dieu est la chose essentielle dans la santé, dans la maladie, c'est reconnaître implicitement que c'est à Dieu seul qu'il faut avoir recours pour conserver l'une et guérir l'autre, c'est proclamer l'inutilité, la vanité de notre art.

La cause, quelle qu'elle soit, qui produit les phénomènes hygides et pathologiques, est-elle une cause seconde essentielle ? Non, si au-dessus d'elle, entre elle et Dieu, il y a une autre cause à laquelle il convient de rapporter toute sa vertu. Ainsi, dans l'hypothèse de l'animisme, dans celle du physicisme, la force vitale n'est pas une cause essentielle ; c'est l'esprit, c'est la cause physique, selon le choix qu'on aura fait, qui revendiqueront le privilége de l'essentialité, aux dépens de la cause vitale, laquelle cessera

d'être une cause seconde et ne sera que le produit et un aspect spécial, soit de l'esprit, soit de la cause physique. Un grand nombre de médecins, je le sais, professent l'une ou l'autre de ces opinions, mais leur conduite est une protestation continuelle contre leur doctrine. Ils agissent comme si la force vitale avait sa nature, ses lois, ses conditions, son existence propres, comme si elle émanait directement de Dieu, en un mot comme si elle était essentielle. En supposant donc que la question métaphysique soit douteuse, nous devons pratiquement la résoudre dans le sens de l'essentialité; et cela suffit pour la solution du problème des maladies essentielles.

Les mêmes motifs qui ont fait admettre l'essentialité de la cause vitale ont autorisé à dire que, parmi les produits de cette cause, certains sont essentiels. Expliquons cela.

Comment une maladie peut-elle être essentielle? Une maladie n'est pas un être, n'est que la modalité d'un être : or, seul, un être peut exister par lui-même; donc, rigoureusement, aucune maladie n'est essentielle.

Toutefois, en comparant les maladies entre elles, on en voit qui participent plus que les autres de la nature de l'*être;* ce sont celles qui sont indépendantes. On les juge essentielles relativement aux maladies dépendantes.

Soit la variole. Parmi les faits dont la succession constitue cette maladie, il en est un initial, générateur des suivants, qui contient virtuellement la maladie entière et la représente. Ce fait est la modification spéciale de la vie, qui, convenablement préparée par l'incubation, a mis l'économie en état de réaliser spontanément la variole. Cette modification n'a au-dessus d'elle rien qui la commande; c'est d'elle, et d'elle seule, que viennent les phénomènes de la maladie. En conséquence, elle est essentielle.

Si la variole était attachée au sort d'une autre maladie, celle-ci serait le fait initial, générateur, et la variole ne serait plus essentielle.

De même, s'il était prouvé que l'existence de la variole dépend d'une provocation agissant à la manière des poisons, elle ne serait pas davantage essentielle, puisqu'elle se trouverait subordonnée à quelque chose qui n'est pas elle.

Les maladies symptomatiques, sympathiques, et toutes celles, réactives, subactives, qui sont entretenues par une provocation

permanente, ne peuvent figurer dans la liste des maladies essentielles.

Évidemment, il n'y a lieu de distinguer les effets en essentiels et non essentiels que dans les sciences s'occupant de forces munies des deux pouvoirs : celui de se gouverner par elles-mêmes; celui d'être gouvernées par autrui. C'est donc seulement en psychologie, en physiologie, que le départ dont je parle peut être fait. La force brute obéissant à des lois fatales et procédant toujours par des réactions nécessaires, tous ses produits sont de même ordre. Aussi la question d'essentialité, de non-essentialité, n'ayant aucune utilité, aucun objet en chimie, en physique, en astronomie, n'a pas même été posée. Dans ces sciences, le mot essentiel conserve la signification vulgaire et se prend comme synonyme d'important, de caractéristique.

Les sciences purement descriptives, où l'on ne s'occupe pas des modes d'action des forces, n'ont rien à voir non plus dans l'essentialité telle que je la comprends ici. De même que les gens du monde appellent essentielle la partie d'une affaire qui est la principale; en anatomie, telle forme, telle structure, telle composition chimique sont les caractères essentiels d'un nerf, d'un muscle, d'un parenchyme, etc. En zoologie, tel nombre, telle forme des dents, des extrémités, etc., caractérisent une famille, un genre, une espèce. C'est dans le même sens qu'en pharmacie on appelle essence, huile essentielle d'une substance, ce qui donne à cette substance ses propriétés les plus caractéristiques, les plus utiles. On exprime une pensée analogue en disant que la quinine, la morphine, la strychnine, etc., sont la partie essentielle du quinquina, de l'opium, de la noix vomique, etc. Ces essentialités sont autres que les essentialités pathologiques. Le mot essentiel a donc deux significations : l'une que tout le monde comprend; l'autre exigeant une réflexion particulière, et qui s'applique seulement à certains cas de médecine ou de psychologie. Le sens vulgaire, se présentant de lui-même et instinctivement, donne lieu à quelques difficultés contre lesquelles les commençants doivent se tenir en garde.

Il se pourrait que l'attention nécessaire pour surmonter ces difficultés ne fût pas en rapport avec la valeur du travail. A en croire même plusieurs médecins, c'est folie que de chercher les essentialités pathologiques.

Beaucoup encore donnent raison à l'auteur de l'article *Essence, Essentiel*, du *Dictionnaire abrégé des sciences médicales*, s'exprimant de la manière suivante : « L'essence des maladies est inconnue comme l'essence de tout ce qui existe, de tout ce qui a lieu, comme celle de la vie, de la santé. Ce mot doit être banni de la physiologie, de la pathologie, et relégué dans les écoles théologiques..... Le mot essentiel sera dans peu banni du vocabulaire médical. » Afin que le lecteur ne me suive pas avec méfiance, je dois dissiper ses appréhensions et au besoin ses préjugés.

« L'essence des maladies est inconnue. » C'est selon ce qu'on entend par essence. On aurait raison, si le mot essence signifiait : connaissance adéquate de la cause génératrice des maladies. Dans cette manière de voir, on ne connaît pas plus l'essence des maladies qu'on ne connaît celle d'un acide, d'un sel, etc., de quoi que ce soit. Poursuivre une pareille essence, c'est courir après une impossibilité. Mais si, conformément à l'observation, on admet la spontanéité de la vie et la diversité contingente de ses effets, la recherche dont je m'occupe n'a rien qui ne soit à notre portée. Sans cesse on se propose, en clinique, le problème de l'indépendance ou de la dépendance des maladies. La sagesse des siècles a admis des maladies idiopathiques, essentielles ; leur refuser cette nature est une chose grave. Cela implique une théorie nouvelle de ces maladies, dans laquelle le fait initial, important, celui qui suggère l'indication première, a été découvert. Par conséquent, le traitement consacré par l'expérience traditionnelle doit être remplacé. Jusqu'à présent, les innovations tentées en ce genre ont été malheureuses. Veut-on, par exemple, que la variole dépende d'une phlegmasie interne ou bien d'un poison circulant avec le sang, c'est à cette phlegmasie désormais, à ce poison, qu'il faut adresser le remède. La thérapeutique de la variole est entièrement transformée. Tous les praticiens protestent contre une semblable prétention.

Il y a donc des maladies idiopathiques qui ne sont pas des réactions. On dit qu'elles existent par soi, qu'elles sont essentielles. C'est par la méthode d'exclusion qu'on les reconnaît. On essaie toutes les hypothèses possibles, et lorsque aucune n'est acceptable, force est bien de les rattacher à la spontanéité vitale.

Laissons dire que tout est *réaction* en pathologie, et que rien n'y est *essentiel*. Cette objection ne peut toucher le praticien, tant

qu'on ne lui montrera pas le point de départ de la réaction et l'utilité d'un traitement en conséquence.

Les médecins qui nient systématiquement la spontanéité de la vie, organiciens, physiciens, chimistes, sont logiquement les adversaires, quand même, de l'essentialité. Il convient d'y ajouter les animistes. Dans la pensée de ces derniers, l'âme ne pouvant pas passer d'elle-même à l'état de maladie, celle-ci exige au préalable une provocation hostile atteignant le corps, dont l'âme prend alors la défense en suscitant une réaction, une lutte contre ce qui nuit à son instrument. Ainsi, des doctrines pourtant bien différentes dans leurs principes, aboutissent à la même conclusion.

Si toutes les maladies ont pour raison d'être la dégradation d'un organe, ou bien un stimulus malfaisant, aucune n'est essentielle. Jusque-là l'accord règne chez nos adversaires, mais il cesse bientôt, car les uns voient tout le mécanisme pathogénique dans la succession des lésions, ainsi que cela se passe dans une machine; les autres, au contraire, estiment que ces lésions sont un appareil stratégique spontanément déployé par la vie.

Ceux qui nient les essentialités pathologiques au nom du principe organicien, n'ont pu justifier leur opinion. Mais placés sur un terrain plus solide, ils avaient un avantage marqué sur les animistes, et ils ont trouvé des faits importants avec lesquels il a fallu compter.

Avant les révélations de l'anatomie, beaucoup de lésions de l'agrégat étaient inconnues, aucune n'avait été convenablement étudiée. De là, de grandes modifications dans les idées reçues: tel cas de fièvre estimée essentielle avant les progrès de la clinique moderne, a été justement rapporté à une phlegmasie, à une suppuration, à une tuberculisation, etc. On a appris que tel asthme procédait d'un emphysème du poumon, d'une lésion organique du cœur, etc. Les découvertes en ce genre ont frappé l'attention et suggéré l'espérance de dissiper toutes les obscurités à la lumière de l'anatomie pathologique. Mais cette anatomie s'est tournée contre ses partisans exagérés, et, en témoignant contre eux par son silence, a donné raison aux partisans de la spontanéité morbide, de l'essentialité. Celle-ci est sortie triomphante de l'épreuve anatomique, et n'a jamais été mieux démontrée qu'elle ne l'est aujourd'hui. La science de l'agrégat est assez avancée pour qu'on puisse fixer les limites de sa puissance. Les obstinés qui demandent à l'avenir

ce que le présent leur refuse, font preuve d'une foi bien robuste. En tout cas, ils doivent attendre patiemment, et reconnaître que, jusqu'à plus ample informé, il est dangereux de voir la pathologie tout entière dans les altérations matérielles.

Il est donc vrai, et plus vrai encore depuis les progrès de l'anatomie, que toute affection est essentielle. Le lecteur n'en doutera pas, s'il se rappelle les traits caractéristiques de l'affection. C'est dans l'affection, en effet, que notre capacité morbide se montre dans l'entière plénitude de sa spontanéité.

Cela est de toute évidence pour les affections spécifiques. Qui dit spécificité morbide dit indépendance complète. Jamais la variole, la syphilis, la goutte, etc., n'ont été vues subalternisées, soit à une maladie autre qu'elles-mêmes, soit à une provocation persistante. Toujours elles exigent un traitement pour leur compte. Qu'elles soient protopathiques, qu'elles soient deutéropathiques, il suffit de les diagnostiquer pour que leur indépendance soit affirmée. Les affections spécifiques sont le type le plus parfait de l'essentialité pathologique.

Les affections non spécifiques semblent faire exception quand elles sont tellement unies entre elles que la suppression de l'une entraîne celle de l'autre. Sans doute, s'il y avait là deux maladies, l'une d'elles serait subordonnée. Mais il n'y a qu'une seule maladie à éléments multiples intimement fusionnés, combinés, et par conséquent solidaires. C'est le cas d'une affection inflammatoire bilieuse qui guérit complètement et du même coup par le traitement qui convient à l'élément inflammatoire. La maladie est alors composée (voir *Maladies composées*). Une affection vraiment composée est une espèce comme l'affection simple, et par conséquent autant une et essentielle qu'une affection peut l'être.

La complication, au contraire, implique la présence de deux maladies, essentielles ou non selon qu'elles ont ou n'ont pas les caractères de l'affection.

C'est donc faire un pléonasme que d'ajouter l'épithète *essentielle* au mot *affection*.

Mais quand la maladie est désignée par sa manifestation, il importe de savoir si elle est ou non essentielle. Est réputé essentiel tout acte morbide dont une lésion locale ne donne pas l'entière explication, et que pour ce motif il faut rapporter à une viciation de l'ensemble. Par la méthode d'exclusion, on arrive à

reconnaître des épilepsies, des hystéries, des asthmes, etc., essentiels, et même, quoique plus rarement, des hémorrhagies, des névralgies, des ictères, etc., essentiels. Ces maladies prennent alors les allures des *affections*, et sont convenablement désignées sous le nom d'affection épileptique, hystérique, hémorrhagique, ictérique, etc. Les distinguer des épilepsies, des hémorrhagies, des asthmes, etc., symptomatiques ou sympathiques, est d'une importance évidente, car le traitement n'est plus le même. Certes on peut se tromper dans un cas particulier, et déclarer essentiel un asthme, une épilepsie, etc., qu'un médecin plus habile attribue justement à une lésion provocatrice. Cela prouve la nécessité d'interroger tous les organes, d'utiliser toutes les ressources du diagnostic avant d'entreprendre une cure quelconque, ce qui n'est pas nouveau ; mais il n'en est pas moins vrai que dans d'autres cas toute investigation en ce genre ne fournit aucun résultat, et qu'on est contraint, en dernière analyse, de reconnaître l'essentialité de l'acte morbide.

§ II. — **Fièvres essentielles.**

Je ne puis terminer cet article sans examiner avec une attention particulière le problème des fièvres dites essentielles.

De tout temps, l'essentialité de ces fièvres a été contestée et admise. Cela dépend de l'idée qu'on s'en fait. La difficulté se réduit à savoir si ces maladies sont des affections ou des réactions.

Qu'appelle-t-on fièvres, pyrexies, maladies fébriles? On a donné ce nom à des maladies dont la fièvre est le symptôme le plus frappant. Ne confondez pas *la fièvre* avec *les fièvres*. La fièvre est une manifestation morbide spéciale, toujours la même, comme la cause immédiate d'où elle provient. Les fièvres sont, au contraire, des maladies différentes l'une de l'autre par leur nature, mais ayant ceci de commun que la fièvre s'y rencontre d'une manière habituelle. La fièvre détermine par conséquent la forme, et non le fond d'une maladie. La *fièvre*, la *phlegmasie*, le *spasme*, etc., sont au service d'un grand nombre d'états morbides. Il ne suffit pas de diagnostiquer la fièvre, la phlegmasie, le spasme, etc. ; il faut reconnaître l'état morbide auquel ces actes sont subordonnés. Est-ce une réaction, indiquez la cause provocatrice qui l'a fait

naître et l'entretient. Est-ce une affection, dites le nom qui désigne l'espèce particulière d'affection. Alors on saura quels sont les éléments de la maladie qui fournissent les indications principales. Une épithète est donc nécessaire pour que le diagnostic de la fièvre puisse servir la thérapeutique. Il y a des praticiens qui croient que la fièvre en elle-même, simple acte morbide, peut exister seule, sans autre maladie, sans provocation appréciable, sa cause propre se confondant avec une viciation de l'ensemble qui n'est aucune de celles que nous connaissons. Alors la fièvre serait exceptionnellement essentielle, de la même manière que j'ai dit plus haut que l'hémorrhagie, l'hydropisie, etc., pouvaient l'être, et il y aurait une affection fébrile au même titre qu'il existe une affection hémorrhagique, hydropique, etc. Dans l'immense majorité des cas, la fièvre entre dans les maladies à l'état d'élément subalterne, et ce sont, je le répète, ces maladies qu'on appelle *fièvres*.

Une première catégorie de ces fièvres comprend celles dont le point de départ, dont la raison d'être est un traumatisme, une phlegmasie, une irritation, une subaction, etc. Ici, il ne peut être question d'essentialité. Cherchons si toutes les maladies dans lesquelles la fièvre est dépendante peuvent ainsi s'expliquer par une cause provocatrice, ou bien s'il faut les rattacher à un état morbide spontané de la force vitale, et par conséquent à une affection. S'il existe de ces fièvres, on devra les appeler essentielles; il sera bien entendu, je le répète, que ce ne sera pas la fièvre qui sera essentielle, mais bien l'affection d'où elle dépend. Ainsi, aux yeux de ceux qui considèrent comme essentielles les fièvres inflammatoire, catarrhale, bilieuse, intermittente, varioleuse, etc., ce sont les affections de ce nom qui sont essentielles, et non la fièvre dont ces affections s'accompagnent. Ici, la fièvre n'est qu'un phénomène d'expression, un pur symptôme qui peut manquer sans que la maladie change pour cela de nature. Nous voilà donc amenés à chercher si l'état morbide inflammatoire, bilieux, catarrhal, qui est l'élément prédominant dans une fièvre de ce nom, est ou n'est pas une *affection*.

Prenons pour exemple la fièvre inflammatoire. Si cette maladie dépend d'un traumatisme, d'une phlegmasie, d'un état particulier des liquides, des solides, etc., qui soient le fait culminant, important, la source des indications, elle est subalternisée, et doit être rangée parmi les réactions. Si, au contraire, obligé de ré-

pondre négativement à toutes les questions de ce genre, je ne trouve aucune explication justifiée par la pratique, alors, au nom de la méthode d'exclusion, j'admettrai empiriquement que les phénomènes de la fièvre inflammatoire sont le produit de la vie agissant spontanément, la manifestation d'une affection à laquelle je devrai adresser les agents thérapeutiques. Pour me faire de cette affection une idée qui puisse me diriger en clinique, j'étudierai, comme pour toutes les autres affections, ce qu'il y a de caractéristique dans les conditions extérieures ou intérieures qui en favorisent la formation, dans la nature, la succession, la marche des actes morbides par lesquels elle s'exprime, dans les changements en bien ou en mal qui surviennent par suite de l'action des modificateurs naturels ou artificiels auxquels le malade est soumis. Réunissant tous les traits significatifs, j'en forme par induction une notion générale contenant tout cela, de la même manière qu'avec tous les faits importants qui se rattachent à la syphilis j'édifie l'idée de l'affection syphilitique. Ce travail étant accompli, si je crois devoir attribuer la fièvre et les autres actes morbides à l'affection inflammatoire; si l'événement prouve que le traitement antiphlogistique est celui qui convient, j'en conclus que la maladie dont il s'agit est la forme d'une affection, et que par conséquent elle est essentielle. En disant fièvre inflammatoire essentielle, le mot *essentielle* s'applique à l'*affection cause*, et non à la *fièvre effet*. Toutes les fièvres pour lesquelles je serai contraint de raisonner de la même manière seront des fièvres essentielles. L'usage, en cela d'accord avec les besoins de la pratique, a voulu qu'on appelât ainsi ces fièvres, pour les distinguer des fièvres réactives, qui sont en effet très-différentes au point de vue de la pathogénie et de la thérapeutique. Les fièvres réactives sont le produit d'une modification vitale subordonnée ; les fièvres essentielles sont le produit d'une modification vitale indépendante. Les premières n'existent pas par elles-mêmes, puisqu'elles sont attachées à une provocation persistante ; les secondes, n'ayant rien de ce genre au-dessus d'elles, existent *per se, per se extant*, comme disaient les anciens, et cette vieille définition bien comprise et bien interprétée est la meilleure qu'on en puisse donner. Une affection existe par soi, et une fièvre ne peut être essentielle qu'à la condition d'être une fièvre affection.

Y a-t-il des *fièvres affection*? Là est le débat. De tout temps il

s'est rencontré des médecins qui, se croyant plus éclairés, plus avancés que les autres, ont vu par-delà les fièvres réputées essentielles un fait prédominant par lequel ils expliquaient ces maladies, et d'après lequel ils modifiaient le traitement avant eux adopté. A leurs yeux, toutes ces fièvres étaient des réactions dont ils signalaient la cause prochaine, nécessaire, la première dans l'ordre pratique. Les essentialistes pensent que ce sont là tout autant d'hypothèses contredites par l'expérience. Pour justifier cette assertion, il n'est pas nécessaire de prendre à partie chacune de ces hypothèses pour en montrer la vanité; peut-être suffirait-il de les opposer l'une à l'autre. En tout cas, il me paraît inutile d'exhumer celles auxquelles personne ne songe plus, et à ce sujet je ferai remarquer que pas une seule de ces hypothèses n'a pu vieillir. Les premières qui ont été imaginées ne sont restées en faveur que pendant le temps où elles étaient soutenues par les idées alors en vogue. L'histoire nous les montre mobiles et caduques comme la mode, et il est toujours bien entendu que les dernières venues sont enfin les bonnes, celles auxquelles désormais il faudra s'attacher. Parlons donc des dernières venues, puisque seules en ce moment on peut les prendre au sérieux. Je maintiens le même exemple, celui de la fièvre inflammatoire.

La fièvre inflammatoire dépend d'une gastro-entérite. Broussais l'a dit, un moment ses disciples l'ont répété; mais quand on a pu examiner avec un peu de sang-froid, la prétention a été trouvée par trop singulière, et l'on a imaginé autre chose. Boisseau, le premier, a su corriger le maître, en disant que la phlegmasie dont cette fièvre était la réaction n'était pas monopolisée par l'estomac. Les autres organes ayant le même privilége, la fièvre inflammatoire était tantôt une gastrite, tantôt une hépatite, tantôt une pneumonie, etc., etc. On a compris bientôt que la fièvre inflammatoire avait une physionomie trop distincte, trop spéciale pour qu'il fût possible de la considérer comme le produit de maladies aussi différentes, et l'on a cherché un organe dont l'inflammation fût mieux en rapport avec les caractères habituels de la pyrexie en question. Deux médecins qui, tout en professant l'essentialisme, ont fourni des armes contre lui, J.-P. Frank et Pinel, avaient mis sur la voie. Selon le premier, certaines fièvres inflammatoires violentes, avec agitation extrême du cœur, des artères, et suivies de mort, laissaient après elles une rougeur qui, partant

du cœur, se répandait dans les gros vaisseaux. J.-P. Frank se demandait si cette rougeur n'était pas le reliquat d'une phlegmasie, et si on ne pourrait pas expliquer par l'inflammation de la membrane interne des vaisseaux les symptômes observés pendant la vie. Cette idée, émise sous forme de soupçon, n'était appliquée par l'auteur qu'à quelques fièvres inflammatoires différant des autres par la forme et par la gravité.

Pinel, si maltraité par Broussais, était aussi une autorité qu'on pouvait invoquer en faveur de la localisation de la fièvre inflammatoire dans le cœur et les gros vaisseaux. Pinel, en effet, tout en maintenant l'essentialité de cette fièvre, la regardait comme liée à l'état de tension et d'irritation de l'arbre vasculaire, et pour ce motif, il l'avait nommée fièvre *angéio-ténique*. Le professeur Bouillaud fit un pas de plus que Pinel, et, laissant de côté la réserve de J.-P. Frank, proclama nettement que la fièvre inflammatoire n'existe pas par elle-même, qu'elle est la réaction symptomatique de la phlegmasie du cœur et des gros vaisseaux, une angéio-cardite. Comme Broussais, Boisseau, M. Bouillaud s'appuyait sur l'anatomie pathologique. C'est l'anatomie pathologique mieux informée qui a renversé toutes ces hypothèses. Chose remarquable, on a opposé à M. Bouillaud ses propres nécropsies. Il nous a appris lui-même, dans son *Traité clinique des maladies du cœur*, ce qu'étaient les phlegmasies du cœur et des gros vaisseaux, et personne n'a reconnu dans le lugubre portrait qu'il en trace la fièvre inflammatoire des auteurs, cette fièvre que la pratique nous montre si bénigne, à marche, à crises réglées. A moins de tout confondre, il est impossible d'admettre comme identiques et variables seulement par le degré, l'angéio-cardite de M. Bouillaud, et la fièvre si répandue, appelée *synochus putris* ou *imputris* par Galien, *synocha simplex* par F. Hoffmann, *synocha* par Stahl, Sauvages, Cullen, *febris inflammatoria* par Stoll, *fièvre éphémère prolongée*, *fièvre inflammatoire* par Grimaud, *angéio-ténique* par Pinel, etc., etc. C'est de cette fièvre, diversement nommée, mais partout la même dans la pensée de ces médecins et de l'immense majorité des praticiens, que nous parlons quand nous disons qu'elle est essentielle. La véritable angéio-cardite est évidemment tout autre chose. Le *Traité clinique des maladies du cœur* met à néant, en ce qui concerne la fièvre inflammatoire, les prétentions de l'auteur du livre sur les fièvres prétendues essentielles.

Tous les organes ayant été essayés, il a été reconnu impossible de rattacher la maladie dont il est question à la lésion de l'un ou de l'autre. Mais les adversaires de l'essentialité de la fièvre inflammatoire ne se sont pas tenus pour battus. Il n'y a pas seulement des solides dans le corps, il s'y trouve aussi des humeurs. Les humeurs, dédaigneusement traitées tant qu'on a cru pouvoir s'en passer, ont paru bonnes à étudier lorsque cette espérance a été déçue. Ceux qui veulent, quand même, des explications matérielles vont alternativement du côté des solides et du côté des humeurs. L'humorisme monte à mesure que le solidisme descend, et réciproquement. Cela s'est passé ainsi de tout temps, et aujourd'hui nous assistons à un nouvel essai de restauration des idées humoristes. C'est toujours le même principe : toute maladie est réactive, a pour point de départ une lésion de l'agrégat.

Ne confondons pas les humoristes modernes avec les anciens. Les premiers sont plus près de la vérité, dans le détail des choses descriptibles; ils s'en éloignent au contraire au point de vue de l'ensemble. Ils bénéficient des ressources d'une chimie avancée, réglée. Les faits sur lesquels ils s'appuient ont été expérimentalement constatés. Leurs prédécesseurs, n'ayant à leur disposition qu'une science imparfaite, imaginaient leurs faits chimiques plus qu'ils ne les déduisaient de l'observation. Mais les anciens chimiâtres reprenaient l'avantage sur les modernes en ceci que leur physiologie était meilleure. Les plus célèbres d'entre eux n'ont jamais eu la pensée d'expliquer la vie par la chimie. Galien, Avicenne, Sennert, Stoll, etc., admettaient une puissance vitale à laquelle ils rapportaient le principal des phénomènes pathologiques. L'altération des humeurs n'était, selon eux, par rapport à cette puissance, qu'une cause provocatrice ou bien un effet. Sans doute le rôle des humeurs était exagéré par eux, mais il n'allait pas au-delà des limites que je viens de déterminer. Ces médecins étaient retenus sur la pente de l'erreur par leur foi vitaliste. Ce contrepoids utile manque aux humoristes d'aujourd'hui, même à ceux qui, protestant contre la pensée de considérer l'homme comme une machine perfectionnée, reconnaissent une différence fondamentale entre la chimie vivante et la chimie brute.

A la page 28, article *Fièvre*, du *Compendium de médecine pratique*, on lit ce qui suit : « On a cru assez généralement et à une époque assez éloignée, qu'une altération générale et primitive

des humeurs pouvait seule expliquer la production des fièvres. Cette opinion, qui est devenue plus probable que jamais, à cause des recherches récentes qu'on a publiées sur ce sujet, exercera une grande influence sur la pyrétologie. » On tenait exactement le même langage au sujet du solide vivant. On était certain d'avoir trouvé le secret des fièvres, il ne s'agissait plus que de multiplier et de perfectionner les recherches. C'est donc toujours l'avenir qu'on escompte ; l'hygrologie du corps vivant est encore imparfaite, mais laissez-la grandir, et elle éclaircira tout. On vit ainsi d'espérances, jusqu'au moment où, la déception étant évidente, on se tourne du côté d'une autre vérité embryonnaire, sur le développement de laquelle on fait encore reposer toutes les destinées de la médecine; et comme le principe est toujours le même, puisqu'on s'obstine à ne voir que des phénomènes matériels, on fait incessamment un cercle vicieux qui passe tour à tour des solides aux liquides, des liquides aux gaz, à la matière impondérable, et l'on recommence, sans profiter des leçons de l'expérience, qui a chaque fois montré la vanité de toutes les entreprises de ce genre.

Aujourd'hui, on déclare qu'une altération du sang est la lésion mère des fièvres réputées essentielles. Naturellement, on s'attache à constater cette altération, à la définir; nous verrons bientôt où l'on en est sur ce point important. Mais admettons pour le moment que l'expérience a prononcé et que l'altération existe réellement. Cela ne suffit pas, car cette altération peut n'être qu'une cause provocatrice, non nécessaire, par rapport à la pyrexie; elle peut aussi en être l'effet, et dans aucun de ces cas elle ne remplit le rôle qu'on lui assigne. Il faut prouver que l'altération humorale correspondant à chaque fièvre existe toujours et nécessairement, que la maladie y est attachée, comme la fluxion, la phlegmasie sont attachées à l'*épine*, comme la fièvre traumatique est liée aux circonstances du traumatisme.

Quant à penser que c'est l'altération du sang qui est cause génératrice, je ne le puis. Le sang n'est pas la vie; il n'est qu'un instrument de la vie. Le sang a besoin, pour fonctionner, du concours du cœur, des vaisseaux, du système nerveux. Lui et les organes que je viens de nommer sont si peu la vie, que la vie préexiste à leur formation. Il y a donc dans le système animé quelque chose qui a fait le sang, les vaisseaux, les nerfs, etc., et qui entretient leur action. Le globule sanguin, loin d'être le

primum vivens, le fait vital par excellence et essentiel, est un produit secondaire, un effet. Toute physiologie hygide ou pathologique reposant sur les propriétés vitales du globule, est fausse; les explications pathogéniques qu'elle suggère dans ce sens sont inacceptables.

Et maintenant, voyons en quoi les hématologistes modernes ont éclairé la doctrine des fièvres d'un jour nouveau et ont pu concevoir tant d'espérances. Ils ont par des chiffres fixé mathématiquement la composition du sang normal.

Le chiffre de la fibrine est 3 sur 1 000. Ce chiffre augmente quand la fièvre est le résultat d'une phlegmasie; il reste stationnaire dans les autres cas, et diminue si la fièvre prend de la gravité, notamment si elle revêt le caractère ataxo-adynamique.

Le chiffre des globules (127 sur 1 000) augmente dans les pyrexies de nature inflammatoire; il s'abaisse sous l'influence des évacuations sanguines, d'une diète sévère et prolongée.

Les essentialistes n'ont aucun intérêt à repousser ces observations. Mais de quelle altération du sang chaque fièvre est-elle la réaction? Sur ce point capital, voici ce qu'on a de mieux à dire :

« Nous croyons [1] que c'est un des instruments de la vie, en d'autres termes un tissu, un organe, une molécule vivante, soit solide, soit liquide, qui sont primitivement altérés; mais comme nous n'avons pu jusqu'ici surprendre cette lésion ni en déterminer la nature et le siége, nous donnons à l'état morbide qui en résulte le nom de fièvre, parce que le mouvement fébrile, les symptômes pyrétiques constituent le trouble le plus évident, mais nous reconnaissons hautement le vice de cette dénomination. »

Cela s'appelle expliquer l'*obscurum per obscurius*. On met en place de mon idée empirique d'*affection* inflammatoire, bilieuse, catarrhale, varioleuse, etc., une lésion dont on ne sait ni la nature ni le siége, et on me recommande de la chercher. Passe encore quand on me parlait d'un organe enflammé ! j'avais l'espoir fondé de savoir bientôt à quoi m'en tenir sur le vrai et sur le faux de cette prétention. Mais l'anatomie de la molécule vivante à laquelle on me renvoie, est l'idéal du ténébreux. Quand saurai-je assez de cette anatomie de l'infiniment petit pour en tirer des applications pratiques ?

[1] *Compendium de médecine pratique*, pag. 26, art. FIÈVRE.

Ces réflexions ne sont pas encourageantes. Mystère pour mystère, je préfère l'idée d'affection catarrhale, varioleuse, etc., qui est un produit logique d'induction, qui m'est d'un grand secours au lit du malade, à une lésion moléculaire qui n'est qu'un mot, et de la pire espèce, puisqu'on s'avoue incapable de dire ce qu'il signifie. Le vulgaire se paie de mots pareils lorsqu'il attribue les fièvres au *feu*, au *sang*, à la *bile*. Ce sont tout autant d'explications qui n'expliquent rien.

Je terminerai cette discussion par une remarque importante. Ceux qui nient l'essentialité des fièvres sont aujourd'hui notablement transformés. Ils ne veulent plus rompre avec le passé, et édifier une thérapeutique nouvelle sur les débris de l'ancienne. L'opposition, devenue éclectique, fait tant de concessions, qu'elle est réduite presqu'à rien. Tout esprit de conciliation était interdit avec des gens qui soutenaient que les fièvres essentielles naissent d'une phlegmasie d'organe, et voulaient un traitement en conséquence. Moins hostiles, nos adversaires actuels se gardent d'un pareil isolement; plus habiles, ils ne commettent pas la faute d'affirmer une lésion dont l'absence est si facile à vérifier par les nécropsies. Ils l'ont prudemment placée hors de la sphère de l'observation, et l'on ne peut rien conclure contre eux du silence d'une anatomie encore trop imparfaite pour constater de pareilles choses. On est vraiment embarrassé si l'on oublie de leur objecter que c'est à eux à prouver l'existence de leur lésion. D'un autre côté, pourquoi n'accepterait-on pas cette lésion? Elle est si petite! elle n'engage pas le praticien, ne tire pas à conséquence, elle est comme si elle n'existait pas. Jamais on n'a été plus accommodant et plus près de se rallier. Le moment est favorable, en effet; mais il n'est nullement nécessaire que les essentialistes fassent la moindre concession. Leurs adversaires compléteront le mouvement de retraite si heureusement commencé. Séparés seulement par l'épaisseur d'une molécule, ils ne s'arrêteront pas pour si peu. Ce dernier et innocent obstacle disparaîtra donc à son tour, sacrifice bien léger, bien facile après les autres qui ont tant coûté.

Le lecteur impartial doit être maintenant convaincu de la nécessité d'admettre des fièvres essentielles. Quelles sont ces fièvres?

Dans un premier groupe, je range les fièvres inflammatoire, bilieuse, catarrhale, muqueuse, ataxique, adynamique, intermittente. Quelques praticiens les disent *cardinales*, parce que ce sont les

plus anciennement connues, parce que, seules ou associés, elles se rencontrent fréquemment dans les maladies aiguës. Ces pyrexies impliquent sans doute une lésion de l'ensemble, et elles gardent jusqu'à la fin ce caractère de généralisation. Toutefois, il faut admettre que dans chacune d'elles un appareil spécial est, plus qu'un autre, l'instrument de la manifestation : tel est l'appareil vasculaire pour l'inflammatoire, l'appareil biliaire pour la bilieuse, le système muqueux pour la catarrhale, etc. On ne peut dire que telle partie de ces appareils soit lésée d'une manière exclusive, et cette lésion n'est pas toujours, il s'en faut, de celles qui soient anatomiquement déterminables. Les localisations formées pendant l'évolution de ces pyrexies, toujours subordonnées à la cause générale, sont variables de siége, d'intensité, de nature ; elles sont accidentelles, individuelles; elles manquent donc de constance, et l'on ne peut les considérer comme une condition nécessaire de l'affection. Je ne crois pas devoir confirmer ces assertions par des exemples qui sont partout dans les livres, dans la pratique, et que par conséquent tout le monde connaît.

Le second groupe comprend les fièvres exanthématiques. Ici la maladie, sans cesser d'être générale, porte son principal effort sur la peau ; elle le fait avec une constance et des formes telles que l'acte morbide cutané acquiert une importance manifeste. Quelques localisateurs fanatiques ont voulu faire de ces maladies des variétés de *cutites*, proposition qui a paru scandaleuse. D'autres lésions anatomiques par lesquelles on a voulu expliquer ces pyrexies, sont réelles en ce sens qu'elles peuvent se rencontrer ; mais comme elles manquent fréquemment, comme elles succèdent à la fièvre, il est impossible de voir en elles le fait initial, nécessaire. Telle est, par exemple, la lésion de l'estomac, constatée par tous les praticiens dans la variole. On en tient compte, sans doute, quand elle est fortement prononcée, mais on se garde bien de la considérer comme le principe générateur de la fièvre.

Quelques auteurs allemands ont admis sous le nom d'*énanthème* une éruption intérieure précédant l'autre. Il est vrai que l'exanthème se propage parfois jusqu'aux muqueuses visibles, et même plus loin ; il est encore vrai que, dans les cas d'irrégularités, d'ataxie, la localisation a lieu sur les muqueuses viscérales ; mais personne ne croit aujourd'hui que l'éruption cutanée soit la conséquence d'un transfert quelconque. D'ailleurs, si l'énan-

thème était prouvé, il y aurait lieu de se demander d'où il provient lui-même, et la difficulté ne serait que reculée.

J'ai établi tout à l'heure que l'étude hygrologique du corps vivant malade ne fournissait rien de sérieux au praticien que celui-ci pût accepter comme cause des fièvres exanthématiques.

Tout le monde sait que, bien que l'affection inflammatoire se montre fréquemment dans la variole, l'affection bilieuse dans l'érysipèle, la fièvre catarrhale dans la rougeole, etc., on n'est pas autorisé à leur attribuer ces maladies par les raisons concluantes que ces affections ne sont pas constantes, qu'elles se montrent dans chacune de ces fièvres, que ce sont des complications dont la disparition, loin d'arrêter la maladie, en favorise l'évolution. Les fièvres exanthématiques doivent ainsi être rattachées chacune à une affection propre, par laquelle elles sont essentielles. Cette affection est spécifique, circonstance qui ajoute à l'essentialité un trait auquel il est impossible de la méconnaître.

Je conclus donc à l'essentialité des fièvres érysipélateuse, vaccinale, varioleuse, rubéoleuse, scarlatineuse, miliaire, ortiée, pétéchiale.

Nous trouvons, dans un troisième groupe, des pyrexies remarquables par leur grande facilité à revêtir le caractère ataxo-adynamique, mais qui constituent de vraies individualités morbides qu'on place, qu'on nomme à part, et qu'il convient de distinguer des autres ataxies, des autres adynamies. Sous l'influence de certaines causes, inconnues pour la plupart, connues pour certaines, on voit apparaître épidémiquement, endémiquement, et aussi d'une manière sporadique, des maladies à physionomie accentuée. Les unes sont particulièrement et mystérieusement épidémiques : choléra, suette ; les autres se rattachent davantage à des circonstances de localité : peste, fièvre jaune. Il en est une dont la cause, puissamment déterminante, est évidemment l'omission des règles de l'hygiène, et par-dessus tout l'encombrement des individus dans un espace relativement trop restreint : c'est le typhus, à côté duquel je mets la fièvre typhoïde.

Beaucoup de questions se rattachant à ce groupe restent obscures, surtout à l'égard de celles de ces maladies qui sévissent rarement parmi nous. Toutefois, je crois que leur essentialité doit être admise, jusqu'à ce qu'on y découvre une lésion locale génératrice. La preuve de mon dire exigerait l'examen de chacune :

je me borne à la fièvre typhoïde, qui nous intéresse d'une façon toute particulière.

Pour prouver que la fièvre typhoïde est essentielle, il faut d'abord démontrer qu'elle a une existence distincte, et puis, qu'elle n'est pas une réaction provoquée et entretenue par une lésion appréciable et nécessaire.

La personnalité de la fièvre typhoïde a été contestée d'une foule de manières. Les uns ont soutenu que cette fièvre n'était que la forme grave des pyrexies du premier groupe; les autres se sont contentés de dire qu'elle était une variété du typhus. C'est l'observation qui doit résoudre cette difficulté. Y a-t-il, dans les causes provocatrices, dans les conditions, dans les actes morbides, symptômes ou lésions, dans la marche, dans le traitement, des traits tellement significatifs qu'on doive conclure à une nature nosologique assez spéciale pour devoir être séparée même de celles qui ont avec elle le plus de ressemblance? Pour peu qu'on examine de près, on acceptera cette conséquence. Une maladie marquée par les traits suivants mérite, ce me semble, d'être distinguée de toutes les autres, bien que quelques-uns de ces traits se rencontrent ailleurs. Évidemment, c'est d'après l'ensemble qu'il convient de se prononcer.

La fièvre typhoïde atteint de préférence les adolescents, surtout ceux qui, transportés hors de leur pays, sont en travail d'acclimatation dans les grandes villes. Elle ne se manifeste ordinairement qu'une fois dans la vie du même individu. Dès qu'elle est établie, sa marche ne peut être enrayée; elle dure trois septénaires au moins, parcourant successivement des périodes d'excitation, d'ataxie, d'adynamie. Les symptômes de ces périodes varient par le degré et se développent parallèlement à ceux dont la constance a suggéré le nom de la maladie, et qui se résument ainsi : incertitude des mouvements, vertiges quand la tête n'est pas soutenue, indifférence, stupeur. Il y a disposition prononcée à des fluxions vers les viscères, et dans l'immense majorité des cas il se forme, dès le début, dans les follicules du petit intestin, dans les ganglions mésentériques correspondants, un travail morbide tout particulier, trop connu pour qu'il soit nécessaire de le décrire. Très-fréquemment la peau présente une éruption *sui generis*. Les parties du corps exposées à des pressions, à des contacts irritants, s'ulcèrent et se gangrènent avec une remarquable facilité. Dans l'état actuel

de la science, le traitement, comme pour la variole, la rougeole, etc., consiste à combattre les complications, à préserver les organes menacés, à aller au secours de ceux qui sont fortement atteints. Notre impuissance notoire contre ce qui constitue le fond de la maladie nous condamne à l'expectation, en ce sens que nous devons, faute de mieux, respecter, simplifier l'évolution des phénomènes morbides, en maintenant ces phénomènes au degré de modération compatible avec la conservation de la vie.

Pour confondre la maladie dont j'ai voulu donner une idée sommaire, avec une fièvre ou inflammatoire, ou bilieuse, ou catarrhale, etc., même avec le typhus, il faut nier la vérité des caractères que je viens d'esquisser ; auquel cas tout se réduit à une question d'expérience et de diagnostic. Évidemment, je ne puis m'entendre avec les médecins pour qui toute fièvre grave est une fièvre typhoïde, avec ceux qui donnent ce nom à toutes les pyrexies, même les plus bénignes, de l'ancien cadre nosologique, et surtout avec ceux qui nient délibérément l'existence de la fièvre typhoïde. Entre eux et nous, il s'agit d'un fait à constater d'abord, avant de passer à toute autre discussion. Je me dispense de ce soin, et je crois être approuvé par les praticiens, en affirmant que la fièvre typhoïde existe au même titre qu'une fièvre quelconque. Je puis donc me demander si elle est, ou non, essentielle.

En appliquant la méthode exposée plus haut, j'acquiers l'assurance que la fièvre typhoïde est une maladie de l'ensemble, le produit d'une affection. On ne peut la rattacher, en effet, à la lésion d'une partie, pas même à la lésion des glandes de Peyer. Cette lésion, de toutes la plus importante, la plus caractéristique, a fait défaut dans des cas qui étaient incontestablement des cas de fièvre typhoïde ; ses rapports avec le reste de la maladie sont variables, manquent de proportion. Il est impossible de la considérer comme la source de l'indication principale.

De leur côté, les humoristes n'ont rien signalé dans les liquides qui puisse donner la raison des phénomènes de la maladie, et suggérer un traitement en conséquence ; il faut, jusqu'à plus ample informé, reconnaître que cette maladie est une affection, et que par conséquent elle est essentielle.

Un mot sur un point de pathologie fort controversé. Doit-on admettre une fièvre essentielle des femmes en couches, et une

autre propre aux blessés ? Je ne le pense pas. En outre des fièvres de réaction auxquelles ils sont exposés, ces sujets, par suite de leur impressionnabilité, ont les fièvres auxquelles ils sont prédisposés, et contractent celles dont la cause provocatrice extérieure agit sur eux. Ces fièvres sont l'une ou l'autre de celles dont j'ai parlé, et trop souvent de nature ataxo-adynamique, ce qui s'explique par la faiblesse irritable qui est le fond de la puerpéralité, du traumatisme prononcés. L'illusion est venue de ce que ces fièvres présentent des traits communs, qui sont commandés par l'état spécial dans lequel les sujets se trouvent placés. Il est tout simple que les fièvres des femmes en couches se manifestent par des localisations du côté du système utérin, que les fièvres des blessés s'expriment par la purulence. Mais il n'est pas démontré qu'il existe une fièvre appartenant exclusivement aux blessés, et en fait de fièvre vraiment puerpérale, je ne reconnais que la fièvre de lait.

Voilà ce que j'avais à dire sur les fièvres. Revenons aux maladies essentielles considérées en général.

On se tromperait beaucoup si l'on croyait que l'affection est le seul fait dont on doive tenir compte, la seule source des indications. Les localisations ne sont jamais des événements indifférents, et souvent par leur siége, leur étendue, leur gravité propre, elles tiennent un rang important. Distinguons donc, dans l'évolution d'une maladie affective, ce qu'il faut rapporter à l'affection de ce qui procède du produit de l'affection ; cela constitue deux ordres d'indications que le praticien ne confondra pas. Selon les circonstances, les unes ou les autres de ces indications sont dominantes. Quand, par suite de la modération des actes morbides, le fait *affection* est le seul qui mérite sérieuse considération, la maladie est jugée essentielle sans difficulté aucune. Cette épithète devient contestable à partir du moment où l'on diagnostique une localisation dont les conséquences sont graves. Il faut faire marcher et accorder ensemble les deux traitements. La maladie a cessé d'être essentielle lorsque, l'affection étant épuisée, effacée, tout ce qui en reste est la conséquence de la localisation.

Tous ces cas se présentent en clinique avec des nuances infinies. Qu'importe l'embarras provenant du nom qu'il convient de leur donner, si les indications sont bien distinguées et bien saisies.

Dans le cours d'une fièvre typhoïde survient une phlegmasie cérébrale qui, par son développement et son intensité, est désormais l'événement important. Il est parfaitement inutile de discuter si la maladie doit alors être encore appelée essentielle : elle est à la fois essentielle et réactive. Essentielle, parce que l'affection exerce son influence sur la phlegmasie et suggère des indications dont il convient de tenir compte; réactive, en ce qui provient de la lésion cérébrale. Dans une foule de circonstances, on est ainsi obligé de faire la part de la cause générale et de la cause locale. Il suffit de se rappeler que, plus celle-ci est marquée du cachet de l'affection, plus la part de l'essentialité est grande; plus, au contraire, la localisation se dégage, marche vers l'indépendance, plus s'accroît la qualité réactive de la maladie.

Tous les jours cette question doit être vidée à propos des phlegmasies, des fluxions ou autres lésions nées sous l'influence d'une affection. Si, dans une phlegmasie, dans une dysenterie inflammatoire, bilieuse, catarrhale, etc., on considère les phénomènes symptomatiques, sympathiques de la localisation, la maladie n'est pas essentielle. Elle est essentielle, au contraire, au point de vue de l'affection, tant que celle-ci subsiste. La maladie peut être indifféremment appelée fièvre inflammatoire-péripneumonique ou péripneumonie inflammatoire, fièvre bilieuse-dysentérique ou dysenterie bilieuse, etc. Mais si la phlegmasie survit à l'affection, ou bien si cette phlegmasie a été formée sous l'influence d'une provocation traumatique, sans affection, alors la maladie n'est qu'une réaction. Je le répète, affection et essentialité vont ensemble et dans la même proportion.

Il me paraît bon de résumer, en terminant, les raisons pratiques qui justifient le dogme de l'essentialité.

Personne ne nie la nécessité de distinguer les maladies idiopathiques de celles qui ne le sont pas. Sans cette distinction, le diagnostic et la thérapeutique sont impossibles. Or, les maladies essentielles sont idiopathiques; en tant qu'idiopathiques, il convient donc de les séparer des autres maladies. Mais pourquoi scinder l'idiopathisme, pour former le groupe des états morbides essentiels ? Parce qu'une réaction peut être idiopathique, et qu'il importe à un haut degré de ne pas confondre la réaction idiopathique avec l'affection.

Voilà une fièvre provoquée, entretenue par une passion morale,

par une phlegmasie chronique, par une substance agressive : c'est une réaction. L'indication première est de faire disparaître la passion, la phlegmasie, le stimulus malfaisant. Il n'en va pas ainsi pour une fièvre vraiment essentielle. Dans cette fièvre, le but est le traitement de l'état morbide *affection*, et si vous vous imaginez qu'il y a là une provocation quand le mal est le produit de l'action entièrement spontanée de l'économie, ou bien si vous accordez à une cause simplement provocatrice, quand il y en a une, le pouvoir d'entretenir la maladie, vous poursuivez une indication chimérique et vous laissez de côté la véritable. Votre erreur aura pareillement un contre-coup funeste en pratique si, prenant une fièvre réactive pour une fièvre essentielle, vous méconnaissez le stimulus à l'action duquel elle est subordonnée. On se trompe également, je le répète, quand on réduit le corps vivant à être simplement capable de réaction, et quand on l'en déclare incapable. Le corps a incontestablement ces deux pouvoirs, et l'on doit s'attacher dans une maladie à faire la part qui revient à chacun d'eux. Certains états morbides sont spontanés, soit parce qu'ils naissent sans provocation appréciable, soit parce que, émancipés de leur provocation, ils sont devenus indépendants. Ceux-là sont des *affections*, sont par conséquent essentiels, et veulent être traités pour eux-mêmes. D'autres états morbides sont subordonnés, et exigent une thérapeutique appropriée au genre de cause provocatrice qui les gouverne.

L'essentialité est le complément obligé, le couronnement de l'étude des affections, et son admission est exigée impérieusement par la thérapeutique. L'essentialité, en outre de ce genre d'utilité de premier ordre, est indispensable pour comprendre et traiter le problème de la spécificité et celui des éléments morbides. Sans elle, l'épithète *spécifique* n'a plus de sens ; sans elle, les éléments *affection* sont supprimés, et avec eux une partie très-importante de la pathologie. En présence de pareilles raisons, comment se fait-il que l'existence des maladies essentielles ait pu être niée d'une manière absolue ? De ce que les médecins du temps passé, privés des lumières de l'anatomie, méconnaissaient certaines localisations et les réactions qui en provenaient, ce n'était pas un motif pour affirmer, contrairement au témoignage de l'expérience, que tout, en pathologie, est réaction. Du reste, on l'a vu, l'opposition a pris de nos jours un caractère de modération qui en diminue beau-

coup la gravité. Elle respecte les préceptes pratiques des essentialistes et se contente de les combattre spéculativement.

En réalité, on ne veut pas des maladies essentielles, et on se comporte comme si elles existaient. Cette large concession est un hommage rendu à la vérité, et il est très-significatif.

Pour terminer cet article, je vais examiner quelques définitions qui diffèrent de la mienne.

De tout temps il s'est rencontré des médecins qui regardaient comme essentielles les maladies consistant en de simples troubles fonctionnels sans localisation aucune. C'est ainsi que Broussais le comprenait, et alors il avait beau jeu pour combattre cette doctrine. Toute lésion fonctionnelle implique une lésion de l'organe chargé de la fonction. Cette lésion, tantôt anatomique, tantôt dynamique, ne peut être niée. A ce compte, il n'y aurait d'essentielles que les affections sans symptômes, latentes; ce qui est inadmissible. La manière de concevoir l'essentialité que Broussais prêtait à ses adversaires, ne supporte pas l'examen; aussi a-t-il remporté de faciles triomphes. Le lecteur s'est assuré que la présence d'une lésion locale est parfaitement compatible avec l'essentialité d'une maladie. Pour que la maladie ne soit pas essentielle, il faut que la lésion soit le fait initial, l'objet principal à traiter; en d'autres termes, il faut que la maladie soit primitivement une réaction. J'ajoute qu'il n'est pas nécessaire que la lésion soit anatomique. Un asthme provoqué et entretenu par une affection dartreuse n'est pas essentiel, et pourtant la lésion dont il est la conséquence est dynamique. Ici, c'est l'affection dartreuse qui est la chose importante, la maladie essentielle.

Un journal homœopathique, *l'Art médical*, a plaidé vivement en faveur de l'essentialité. Cela devait être, car l'homœopathie admet la force vitale douée de capacités morbides spontanées. Mais les homœopathes ne profitent pas du dogme de l'essentialité et n'en tirent aucune des conséquences pratiques dont j'ai parlé. D'après eux, la notion de la force vitale, étant pleine d'obscurités, ne peut avoir d'utilité dans la pratique; la maladie est, à leurs yeux, une collection de symptômes, et ils la combattent en faisant naître réactivement une maladie artificielle qui présente des symptômes semblables autant que possible. Le vitalisme des homœopathes est donc une lettre morte et se sépare radicalement du nôtre. Les moyens pharmacologiques qu'ils emploient sont d'ail-

leurs tellement étranges, que tout espoir de conciliation est interdit entre eux et nous, bien que cependant nous soyons d'accord sur la manière d'entendre l'essentialité.

M. Pidoux, dans son travail sur la chaleur animale, la fièvre et l'inflammation[1], définit les maladies essentielles : celles dont les phénomènes d'évolution ont pour but la neutralisation, l'expulsion d'une matière morbifique. D'après lui, l'inflammation et les fièvres remplissent toujours cette mission, et sont par conséquent essentielles. A ce compte, une indigestion, un empoisonnement, sont aussi des maladies essentielles, à meilleur titre sans contredit que beaucoup de fièvres et d'inflammations dans lesquelles la matière morbifique est autrement difficile à démontrer.

Plus tard[2], M. Pidoux a confondu la notion de l'essentialité avec celle de l'élément morbide. Celui-ci est défini par lui : toute maladie tellement attachée à notre nature, qu'elle s'est montrée dès l'apparition de l'humanité, et qui s'est conservée dans tous les temps et dans tous les lieux. Les maladies qui ont fait leur apparition à des époques éloignées des temps primitifs, sont moins naturelles et ne sont pas essentielles. Il résulte de là que le caractère de l'essentialité manque dans la plupart des maladies spécifiques, et notamment dans les fièvres exanthématiques, conclusion qui seule suffit pour montrer le vice d'une semblable définition.

Je pourrais encore passer en revue beaucoup d'autres opinions qui ont été émises sur la manière dont on doit comprendre l'essentialité morbide. Mais peu de médecins ont médité ce problème avec le soin qu'il mérite, et les définitions qu'on entend sont pour la plupart irréfléchies. Je crois donc utile d'arrêter là mon examen critique.

ARTICLE II. — MALADIES NON IDIOPATHIQUES.

Les maladies qui dépendent d'une autre maladie ne sont pas idiopathiques, et par conséquent ne sont pas essentielles. On les a appelées *symptomatiques*, *sympathiques*, épithètes qui ne sont

[1] *Traité de thérapeutique et de matière médicale*, par Trousseau et Pidoux, 1re édit., tom. II, pag. 289 et 308.

[2] Introduction par M. Huet à l'ouvrage de M. Bordas-Demoulin, sur le *Cartésianisme*, pag. LXIII.

nullement synonymes, ainsi qu'on le verra bientôt. Il ne faut confondre les maladies non idiopathiques, ni avec les maladies coexistantes, ni avec les maladies composées, ni avec les maladies compliquées. Une maladie non idiopathique peut très-bien n'être pas une complication et, de plus, la complication peut venir du fait d'une maladie idiopathique. Ces détails seront successivement examinés dans le chapitre suivant.

Toutes les maladies doivent être symptomatiques ou sympathiques, aux yeux des médecins qui donnent à la maladie le sens d'acte morbide; car évidemment tout acte morbide est la manifestation, le produit d'un état morbide auquel il faut le rattacher. Mais comme, pour moi, la maladie comprend en même temps l'état et l'acte morbides, je puis, en considérant sa dépendance ou son indépendance par rapport à une autre maladie, établir et justifier la distinction que je propose, distinction dont l'importance pratique est évidente. Le lecteur connaît les maladies idiopathiques; étudions maintenant les maladies non idiopathiques, et en premier lieu les symptomatiques.

§ I. Maladies symptomatiques.

Ces maladies ont été ainsi nommées, parce qu'elles ont avec une maladie antérieure des relations causales analogues à celles du symptôme avec l'état morbide. Les maladies symptomatiques sont, dans une certaine mesure, les symptômes de la maladie d'où elles proviennent. Comme les symptômes, elles éclairent le diagnostic; elles peuvent de même l'obscurcir dans des cas exceptionnels. Leur filiation est aussi directe que celle qui unit la tige à la racine; elle diffère en cela de la filiation par sympathie, ainsi que je l'expliquerai à propos de cette dernière.

La maladie symptomatique n'est pas tout à fait l'équivalent du symptôme. Un pur symptôme n'est rien par lui-même; Galien l'a justement comparé à l'ombre projetée par un corps. Un symptôme de ce genre n'est pas une maladie. La rougeur d'une partie fluxionnée, le râle crépitant d'une pneumonie, le raccourcissement d'un membre à la suite d'une fracture, d'une luxation, etc., n'existent pas quand, par abstraction, on les sépare de la maladie dont ils font partie, et il n'est venu à personne la pensée d'en faire des entités morbides.

La maladie symptomatique est plus qu'un symptôme. Elle se forme dans certaines conditions; elle a des causes provocatrices, des actes morbides, des symptômes, des indications qui lui sont propres. Elle peut, dans d'autres circonstances, être idiopathique, même essentielle, et à tous ces titres elle occupe une place légitime dans une classification nosologique.

Certains actes morbides mentionnés parmi les symptômes, parce que dans beaucoup de cas ils ne sont pas davantage, prennent ailleurs les caractères que je viens d'exposer, et méritent alors qu'on les appelle *maladies*. La douleur d'un phlegmon, d'une attaque de goutte, l'altération de la motilité d'une encéphalite, d'une épilepsie, la collection séreuse d'une hydarthrose, d'une orchite aiguës, etc., sont de purs symptômes, parce qu'elles ne sont rien, n'indiquent rien par elles-mêmes. Leur dépendance est tellement étroite qu'on ne peut les séparer. Il n'y a là incontestablement qu'une maladie : phlegmon, goutte, encéphalite, etc. Mais quand la douleur, la convulsion, la suffusion séreuse, acquièrent de plus grandes proportions, se détachent du fonds morbide comme existence à part, on voit en elles des maladies, et elles prennent le nom de névralgie, de convulsion, d'hydropisie, etc. On fait d'autant mieux, qu'il peut arriver que la névralgie, la convulsion, l'hydropisie, dépendent d'un état morbide primitif, existant par soi, et par conséquent soient idiopathiques.

Le passage du pur symptôme à la maladie subordonnée ou tout à fait indépendante n'est possible que pour les symptômes d'ordre dynamique. Il ne peut en être ainsi des symptômes physiques. Ceux-ci : rougeur, tuméfaction, râle crépitant, souffle tubaire, raccourcissement, etc., ne sont jamais des maladies, mais seulement des symptômes.

Je viens de montrer en quoi la maladie symptomatique ressemble au symptôme, en quoi elle en diffère. Un exemple dissipera les obscurités, s'il en reste. La douleur d'une fluxion, d'une phlegmasie, est un symptôme, parce que leur étant aussi étroitement liée que possible, elle n'a pas d'existence propre et ne peut être conçue sans cette fluxion, sans cette phlegmasie.

La douleur fixée sur un nerf, devenue quelque chose par soi, ayant acquis un état morbide, est une maladie et s'appelle alors névralgie.

La névralgie est idiopathique lorsqu'elle n'est subordonnée à

aucune maladie. Elle est seulement idiopathique si, par exemple, elle est causée et entretenue par un corps étranger irritant ce nerf. Elle est idiopathique et essentielle si le praticien, ne découvrant rien à quoi il puisse l'attribuer, ni stimulus local, ni maladie, est forcé d'admettre une modification spontanée de la force vitale.

La névralgie est subordonnée à une maladie et symptomatique, lorsqu'elle est le produit du développement direct de cette maladie. Telle est la névralgie symptomatique d'une fièvre d'accès, d'un rhumatisme. On verra que la névralgie est sympathique quand elle dépend d'une maladie par mode indirect, par voie de *condoléance organique*. Ce point sera élucidé dans le prochain article.

La maladie symptomatique s'entend de quelque chose qui, tout en appartenant à la maladie-mère, se distingue cependant de ce qui est la manifestation propre de cette maladie. Ainsi, on ne dira pas d'un cancer qu'il est la maladie symptomatique d'une affection cancéreuse. On le dira d'une hémorrhagie suite du cancer, parce que cette hémorrhagie, quoique fréquente, n'est dans l'ordre des phénomènes qu'un accident, si on la compare à la lésion plastique constitutive.

Telles maladies symptomatiques se montrent habituellement dans une maladie donnée. Leur apparition, loin d'étonner, confirme le diagnostic : hémorrhagie par rapport à l'affection inflammatoire, tumeur blanche par rapport à l'affection scrofuleuse, gonflement de la rate par rapport à l'affection marématique, hydropisie par rapport à une lésion organique du cœur, etc.

D'autres maladies symptomatiques, quoique étant le produit direct du développement d'une maladie, s'y rencontrent exceptionnellement; celles-ci rendent le diagnostic plus difficile. Si l'on méconnaît leur lien de dépendance, on les prend mal à propos pour idiopathiques, et le traitement est mal dirigé. Cela est fréquemment arrivé, par exemple, pour l'asthme symptomatique d'une affection goutteuse, pour les maladies symptomatiques en si grand nombre qui se rattachent à l'affection paludéenne, etc. (Voir *Maladies larvées.*)

Il y a des maladies symptomatiques qui font partie du cours normal d'une maladie. On s'attend à les voir paraître, et leur absence à une période avancée de cette dernière serait un fait insolite. L'hydropisie est constamment la conséquence d'une lésion orga-

nique du cœur arrivée au degré de développement qui rend la circulation difficile.

D'autres maladies symptomatiques, sans être rares, n'ont pas cette constance. Le carreau se montre fréquemment dans les scrofules, la carie dans la syphilis, etc. Il y a pourtant beaucoup de scrofules sans carreau, beaucoup de syphilis sans carie.

Une maladie qui se substitue aux maladies symptomatiques ou bien aux symptômes habituels, constitue une irrégularité, une anomalie. D'ordinaire, il est difficile d'en prévoir l'apparition. Bien plus, ainsi que je l'ai dit, on est exposé à la considérer comme idiopathique, surtout quand la maladie-mère est latente. Ce sont là tout autant d'embarras pour le diagnostic.

Dans un grand nombre de cas on sait par quel mécanisme une maladie symptomatique s'est formée. Celui de l'hydropisie symptomatique d'un embarras circulatoire est connu de tout le monde. On comprend très-bien pourquoi un scrofuleux qui s'est donné une entorse a une tumeur blanche à l'article blessé, plutôt qu'autre chose. Il n'y a pas jusqu'aux maladies symptomatiques anomales qu'on ne puisse parfois expliquer. Je ne trouve, en effet, rien de surprenant dans ce fait qu'un blessé atteint de fièvre d'accès communique à ces accès la forme hémorrhagique, ou bien qu'un sujet d'un tempérament nerveux et atteint de goutte, de rhumatisme, ait de préférence une névrose comme manifestation symptomatique de ces maladies. On voit, d'après cela, qu'il existe des précédents étiologiques qui servent à prévoir le genre de maladie symptomatique et son siége. Les anamnestiques, la constitution médicale régnante, doivent être consultés. Ils pourront fournir des renseignements utiles pour le diagnostic de la maladie-mère, pour celui de la maladie symptomatique, et pour l'appréciation de leurs rapports pathogéniques.

D'autres fois, les causes, les conditions propres à la maladie symptomatique nous échappent. Alors les liens qui l'unissent à la maladie-mère sont malaisés à découvrir. Mais si cette dernière est diagnostiquée, la connaissance que l'on a de ses manifestations possibles met sur le chemin de la vérité. Reste enfin la ressource des essais thérapeutiques.

J'ai dit que la maladie symptomatique était plus que le pur symptôme, lequel par lui-même n'est rien et n'*indique* rien. La maladie symptomatique, au contraire, apporte quelque chose de

nouveau, révèle une phase nouvelle et mérite une attention particulière, car elle fournit des indications souvent importantes. Une hémorrhagie, une hydropisie, une névralgie, etc., symptomatiques, quoique exigeant pour leur cure radicale le traitement de la maladie-mère, veulent souvent être traitées pour leur compte. Il arrive même que, vu le siége, l'intensité de la maladie-symptôme et le péril qui s'y rattache, les indications venant de là sont urgentes et doivent passer les premières.

Il y a plus, la *maladie-symptôme* peut s'exagérer, s'établir plus solidement et acquérir une indépendance complète, auquel cas elle a cessé d'être symptomatique, elle est devenue idiopathique, et doit être traitée comme telle. Ainsi, une névralgie jadis symptomatique d'une fièvre d'accès, peut lui survivre et exister par elle-même comme névralgie exigeant le traitement de la névralgie. De même, une exostose dans laquelle l'altération de l'os est assez avancée pour entretenir le mal, n'est plus symptomatique de la syphilis; elle a sa cause à elle, indépendante de l'affection, et veut être traitée pour son compte. De là, la règle de traiter à temps une maladie symptomatique pour l'empêcher de devenir idiopathique. Quand cette émancipation est accomplie, le cas est complexe, il faut deux traitements tout à fait distincts l'un de l'autre.

La maladie symptomatique n'est pas toujours une aggravation. Il en est qui ont le caractère médicateur; elles sont alors appelées *critiques*. On verra, au chapitre des *Crises*, qu'un pareil rôle est fréquemment rempli par des abcès, par des hémorrhagies, par des diarrhées, par des éruptions, etc.

Cette distinction est capitale et dicte la conduite à tenir.

Ce qui précède comprend les choses spéciales à dire touchant l'étiologie, le diagnostic, le pronostic, le traitement des maladies symptomatiques. Le reste est du domaine commun et sera exposé ailleurs. L'important est de découvrir la maladie-mère et d'apprécier la maladie symptomatique en elle-même, afin de savoir quelle est celle des deux séries d'indications qui sont les plus pressantes, sans oublier que c'est le traitement de la maladie-mère qui doit donner une cure complète et radicale.

Je termine ce paragraphe par une réflexion qui me paraît importante. Il est impossible de dire *à priori* le chiffre des maladies qui peuvent être subordonnées à telle autre. Une observation plus ample, plus attentive, révèle à ce sujet des faits qui n'étaient pas

connus, et que les médecins compétents ne jugeaient pas devoir exister. Longtemps on a cru la syphilis incapable de produire la carie des vertèbres. Cette possibilité est aujourd'hui un fait généralement admis. Hunter et Swédiaur refusaient à la syphilis le privilége d'attaquer l'estomac. D'Amador [1] cite des cas de maladies de l'estomac symptomatiques de la syphilis. Mon collègue, M. Bouisson [2], a fait connaître dans un travail consacré à ce sujet spécial, des tumeurs des muscles et de leurs annexes qui étaient incontestablement syphilitiques. L'observation progressive signale des faits nouveaux de ce genre, en ce qui concerne les autres affections.

Il y a des problèmes intéressants de *symptomatisme* qui ne sont pas encore suffisamment élucidés, et, par exemple, pour ne pas sortir de la même maladie, la phthisie tuberculeuse peut-elle être subordonnée à la syphilis et remplir le rôle de symptôme par rapport à cette dernière? J'ai entendu des praticiens soutenir l'affirmative, en s'appuyant sur des faits empruntés à leur observation particulière. Le plus grand nombre n'a rien observé qui justifie un pareil dire. En l'état, il faut en convenir, ceux qui pensent que les tubercules pulmonaires peuvent être symptomatiques de la syphilis, et par conséquent curables par le traitement antisyphilitique, n'ont pas appuyé leur opinion sur des faits assez nombreux, assez significatifs, pour entraîner la conviction.

En définitive, tout effort ayant pour but de rattacher les lésions d'organe à une lésion de l'ensemble, mérite d'être encouragé. On n'oubliera pas que les altérations organiques habituelles à telle affection peuvent être remplacées par celles qui généralement servent de manifestation à une autre. C'est ainsi qu'on a vu des névroses, des fièvres d'accès être symptomatiques d'une affection herpétique, l'hémoptysie, la paralysie être symptomatiques d'une affection bilieuse [3], etc.

La tendance à rattacher autant que possible les lésions d'organe à une affection, caractérise notre École médicale et la distingue d'une autre École où plus volontiers on considère la lésion de

[1] D'Amador; *Mémoires sur l'anatomie pathologique*, pag. 458. Collection des Mémoires de l'Académie de médecine de Paris.

[2] Bouisson; *Tribut à la chirurgie*, tom. I. Mémoire sur les *tumeurs syphilitiques des muscles et de leurs annexes*.

[3] Voir les chapitres *Affection*, *Maladies larvées*, *Diagnostic*.

l'organe comme constituant la maladie entière. Plusieurs maladies que de ce dernier côté l'on juge idiopathiques, sont pour nous symptomatiques. De là de notables différences dans la pratique. Il est très-important de demander aux résultats thérapeutiques quelle est de ces deux manières celle qu'il faut préférer.

§ II. — Sympathies morbides et maladies sympathiques.

Le mot *sympathie* (σὺν, avec, πάθος, affection) a été emprunté aux moralistes qui, comme chacun le sait, désignent ainsi la communication d'un mouvement affectif d'une personne à une autre. Les médecins ont remarqué dans leur sphère d'observation des faits paraissant assez analogues à celui-là pour mériter de porter le même nom.

Un organe qui souffre en vertu de la souffrance d'un autre organe plus ou moins éloigné : voilà le fait de sympathie morbide tel qu'on le conçoit au premier abord.

Il ne suffit pas qu'il y ait succession ; la lésion consécutive doit être liée au sort de la première, de telle façon que, celle-ci disparaissant, l'autre n'a plus de raison d'être et s'efface à son tour. La lésion consécutive n'est pas sympathique lorsqu'elle dépend de la même cause qui a produit la première. Il n'y a donc pas sympathie quand la partie nouvellement atteinte l'est par suite du développement progressif d'une maladie générale. Ainsi, quand des tubercules des os viennent après des tubercules des glandes mésentériques, quand une fluxion rhumatismale arrive à la suite d'une autre fluxion de même nature, etc., la cause de ces successions n'est pas une provocation sympathique, mais bien l'affection dont l'ensemble est atteint.

Il n'y a pas davantage sympathie si la maladie s'étend aux organes du voisinage, soit qu'elle persiste dans son siége primitif, soit qu'elle l'abandonne.

Ce qui procède par voie de continuité n'est pas sympathique. La sympathie s'exerce à distance, en ce sens qu'aucun changement anormal n'est apercevable dans les parties intermédiaires.

Deux conditions sont nécessaires pour constituer la sympathie : solidarité organique et action à distance. Il convient de dire en quoi consistent cette solidarité organique, cette action à distance.

En physiologie, la solidarité organique doit être considérée à

deux points de vue. Les organes sont solidaires en tant qu'instruments de la force vitale et servant à ses manifestations par une coopération fonctionnelle. Quand les organes, obéissant à une impulsion unitaire, concourent à la même fin, la simultanéité et la succession réglées de leur action supposent un plan qui s'exécute. Cela s'appelle *synergie* (σὺν, avec, ἔργον, ouvrage; ouvrage fait ensemble). La vie hygide est une suite de synergies disposées exclusivement pour la conservation du sujet, raccordées l'une à l'autre de manière à en former une seule qui les comprend toutes, et qui est la grande synergie vitale.

Nous retrouvons les synergies dans la sphère extra-hygide. Chaque maladie est un concert spécial d'actions. Il est impossible de ne pas voir derrière les phénomènes de la variole, de la goutte, une impulsion unitaire, un plan qui s'exécute.

Les bonnes synergies pathologiques tendent à l'élimination du besoin qui les a suscitées, à la réparation des dommages que le corps a subis. Une fois ce but atteint, elles n'ont plus de raison d'être, et disparaissent.

D'autres, au contraire, loin d'amener le retour de l'action hygide, s'établissent, s'exagèrent aux dépens de cette dernière, laquelle, perdant du terrain lentement ou d'une manière rapide, devient insuffisante pour le maintien de la vie.

Une bonne synergie peut se substituer à une mauvaise, et réciproquement. Ces révolutions font le danger possible des maladies primitivement ordonnées pour la guérison, et sauvent les sujets atteints d'une synergie dont le progrès amènerait la mort.

La sympathie n'est pas, comme la synergie, un concert, un concours d'actions ; une seule action provoquée par une autre peut suffire pour la constituer. La sympathie est une dissonance, une perturbation ; elle dérange les synergies et les éloigne de leur but.

On a pourtant admis des sympathies hygides. Celles-là ne sont pas certainement des dissonances, des perturbations : telle est, par exemple, l'influence que les testicules exercent sur le larynx à l'époque de la puberté. Cette influence, que la castration fait disparaître, est incontestable : il y a donc sympathie; mais cette sympathie est au service d'une synergie. Que la sympathie soit un des moyens de la synergie, personne ne le conteste; mais tant qu'elle n'est que cela, elle est absorbée par la synergie, et on ne peut dans l'étude l'en séparer. La sympathie dont je veux parler en ce mo-

ment est une sympathie non synergique, et celle-là ne mérite une étude sérieuse à part que dans l'ordre morbide.

Les traits caractéristiques de la sympathie non synergique commencent à se montrer lorsqu'on soumet un sujet bien portant à un stimulus hostile, capable de provoquer, loin du lieu où il agit, des impulsions fâcheuses, des mouvements anormaux. Si les synergies hygides ne sont troublées que médiocrement et passagèrement, cela ne mérite pas le nom de maladie : tels sont, par exemple, les mouvements convulsifs qui succèdent au chatouillement de la plante des pieds. Ces convulsions ne sont pas morbides, mais elles y tendent et le deviendraient si la cause provocatrice était suffisamment continuée. J'en dis autant du vomissement qui survient dans les premiers temps de la grossesse, et qui est sympathique de l'état nouveau de l'utérus. Tant que ses proportions sont médiocres, on ne l'appelle pas maladie. Ce vomissement est pourtant un acte de l'ordre morbide ; son exagération possible ne le prouve que trop. Les faits pareils servent de transition entre ce qu'on appelle sympathie hygide et la sympathie décidément pathologique.

Ainsi que je l'ai dit, la sympathie pathologique est un désaccord, un accident en dehors des synergies, et leur faisant antagonisme. Cette perturbation est fâcheuse quand la synergie dérangée est bonne. On doit s'en féliciter quand la synergie est mauvaise; aussi verrons-nous en thérapeutique qu'on emploie dans cette dernière intention des sympathies artificiellement provoquées.

La sympathie est une atteinte portée à l'unité dont la synergie est l'expression. Elle témoigne en faveur de la complexité des rouages de l'économie. Si les organes n'avaient pas une espèce d'indépendance par rapport à l'ensemble, indépendance qui leur permet, dans certaines limites, de sentir et d'agir isolément et pour leur compte, la sympathie antagoniste de la synergie serait impossible.

La cause de la sympathie est toujours locale ; c'est un stimulus qui blesse la sensibilité. Sa raison d'être est le lien de sensibilité qui unit les organes, et par lequel ils se communiquent plus ou moins leurs impressions. Cette solidarité doit être distinguée de la suivante, qui n'est pas sympathique.

Un organe lésé, en tant qu'instrument, empêche ou rend incomplète la fonction d'un autre organe dont il est le collaborateur. Si le sang n'est pas apporté aux poumons en quantité et en qualité

convenables, il y aura lésion de la respiration par vice instrumental, et non par sympathie. Ici, le rôle de la sensibilité devient secondaire. La cause principale est le dérangement du cœur, dont la conséquence matérielle est une circulation pulmonaire défectueuse. Dans la sympathie, ainsi que je l'ai dit, les parties intermédiaires ne présentent aucune altération visible. Évidemment, le mécanisme n'est pas le même.

Il faut donc, pour voir clair en pathogénie, apprécier l'importance instrumentale d'un organe et son importance sympathique.

Ces deux choses sont fréquemment mêlées ensemble, et il est difficile, parfois même impossible, de faire à chacune d'elles la juste part qui doit lui revenir. Cela arrive lorsque l'organe primitivement lésé est tout à la fois nécessaire comme instrument et influent comme agent de sympathies.

Soit, par exemple, une plaie du cœur; si l'on demande à quoi il faut attribuer les accidents survenus, on sera parfois fort embarrassé pour répondre. La fonction du cœur est d'une instante nécessité à l'égard de celle des poumons, de celle des centres nerveux. D'un autre côté, un organe comme le cœur étant brusquement lésé, il y a certainement des contre-coups sympathiques. L'appréciation des symptômes et l'examen de la blessure peuvent, pour certains cas, conduire à la vérité. Si l'on a lieu de croire à un arrêt de la fonction du cœur, on est sûr que les accidents et la mort seront arrivés par voie instrumentale. L'analyse du fait démontre-t-elle, au contraire, que le sang arrivait aux poumons, au cerveau, d'une façon suffisante, il faut mettre les accidents et l'issue funeste sur le compte de la sympathie. Le plus souvent, il y a l'un et l'autre, et alors le problème ne peut être qu'approximativement résolu.

Si tous les cas étaient pareils, il serait difficile de se défendre contre les médecins qui prétendent tout expliquer par l'instrumentation et nient l'importance sympathique des organes. Mais cette importance sympathique devient manifeste dans les observations où des parties d'une faible valeur comme instruments, provoquent pourtant, quand elles sont lésées, des scènes morbides très-graves sur d'autres organes, lesquelles scènes seraient inexplicables si l'on n'avait recours à la sympathie.

Il m'est impossible de ne pas admettre cette dernière, quand je vois une lésion insignifiante d'un petit filet nerveux agir assez for-

tement sur la sensibilité pour provoquer une syncope, un tétanos. Un calcul engagé dans le rein, dans l'uretère, donne lieu à une lésion de l'estomac, à des vomissements. Ce n'est certes pas parce que la fonction du rein, de l'uretère, est dérangée, que celle de l'estomac l'est à son tour. Le trait d'union des deux événements est sans contredit la sympathie.

Les effets sympathiques sont contingents, mobiles, tantôt continus, plus souvent intermittents. Ils se montrent ou sont absents, bien que les conditions anatomiques appréciables soient les mêmes. La brusquerie de l'attaque est une circonstance généralement favorable aux sympathies. Assez fréquemment, la même lésion lentement formée ne soulèvera aucune intolérance. Ce n'est donc pas au dommage organique seulement qu'il faut attribuer les phénomènes sympathiques; leur existence, leur durée, dépendent de l'état actuel de la sensibilité, dont les variations sont connues.

Les effets provenant d'un vice de l'instrumentation ont lieu d'une façon nécessaire. Ils ne cessent que lorsque ce vice de l'instrumentation est corrigé par suppléance ou par restauration. Le monde physique contient l'analogue des dérangements qui sont la conséquence d'une altération d'organe par voie instrumentale, mais il ne présente rien qui rappelle les intolérances sympathiques.

Je trouve, au contraire, dans le monde moral, l'analogue des deux genres d'actions.

Si, dans un atelier, l'ouvrier chargé de la préparation de la matière première fournit un mauvais produit, ceux qui doivent compléter la tâche rencontreront des obstacles à l'accomplissement régulier de leur travail, et le résultat définitif sera imparfait. Voilà l'équivalent d'un dérangement consécutif par vice d'instrumentation. Les ouvriers sont considérés ici en tant qu'instruments.

Mais l'ouvrier n'est pas seulement un instrument. Il est vivant, il est homme, et en cette qualité accessible aux sentiments que comporte notre nature morale. Il peut ressentir vivement un malheur arrivé à l'un de ses collaborateurs. Si l'émotion est assez forte pour le frapper d'une incapacité temporaire, ce sera un contre-coup sympathique, et le remède, pour être efficace, devra être en rapport avec la cause, cette fois bien différente de la première.

Il arrive que l'ouvrier atteint par le malheur est aimé de tous les membres de la communauté; alors l'émotion sympathique et la perturbation sont générales.

Des choses analogues se passent dans le monde vivant. Tantôt la provocation est suivie de l'émotion de l'ensemble, tantôt quelques organes, un seul organe sont *condoléants*. Ce dernier cas, présentant un trouble local qui contraste avec l'indifférence de tout le reste, a été plus remarqué. C'est à lui que quelques médecins donnent spécialement le nom de sympathie. Il faut convenir que dans les troubles de l'ensemble les traits caractéristiques de la sympathie sont moins purs, moins reconnaissables. Nous verrons ce qu'il faut penser des sympathies dites générales. Dans tous les cas, la communication se fait par voie de sensibilité et à distance.

Mais comment une lésion de la sensibilité est-elle sentie au loin? Est-ce à dire qu'il n'existe aucun lien matériel entre l'organe provocateur et l'organe provoqué? On comprendrait mal ce que j'ai dit, si on me prêtait une pareille pensée. Dans le corps vivant, toutes les parties communiquent ensemble au moyen des nerfs, des vaisseaux, du tissu cellulaire. Séparées de l'ensemble, elles perdent rapidement les caractères de la vie, et par conséquent le pouvoir sympathique.

Les liens anatomiques sont donc indispensables à l'exercice des sympathies. Quels sont ceux qui servent spécialement à ce genre d'action, et quel rôle y remplissent-ils? Ces questions ont été depuis longtemps posées, et on y a diversement répondu. Toutefois, dès qu'on a commencé à connaître l'appareil nerveux anatomiquement et physiologiquement, l'idée qu'il était l'agent spécial des sympathies s'est naturellement présentée, et a été admise. La continuité d'une union nerveuse est donc une condition obligée. Tout ce qui rompt cette continuité est un obstacle à l'accomplissement du phénomène. C'est pourquoi le mot *action à distance* ne doit pas être pris à la lettre, puisqu'il y a quelque chose qui, par l'intermédiaire du tissu nerveux, passe de l'organe *provoquant* à l'organe *provoqué;* mais ce quelque chose n'est pas matériellement démontrable; anatomiquement, tout reste le même dans l'intervalle. Il n'en est pas ainsi dans les communications non sympathiques. Cette différence est importante, et j'ai cru devoir la préciser par le mot action à distance, expliqué comme je l'ai fait.

Quel est le mécanisme de cette action à distance?

Ce qu'on en savait jusqu'à ces derniers temps était vague,

avancé sans preuves, et a été trouvé inexact sur plusieurs points. Maintenant, cette investigation est poursuivie ardemment, et non sans succès. On revient, avec grande raison, sur une vieille pensée, celle de l'action réflexe, qui est rajeunie par les développements importants qu'on lui donne. Pendant longtemps on s'est contenté de dire :

Un stimulus étant senti, l'impression reçue est communiquée par les nerfs à un centre nerveux. En vertu de cette impression, le centre nerveux agit, également par des nerfs, sur un organe où ces derniers nerfs se distribuent.

Il y a certes tout avantage à approfondir l'étude du mécanisme organique de la sympathie. Peut-être, quand nous le connaîtrons mieux, la thérapeutique en tirera-t-elle un grand profit; c'est pourquoi nous devons savoir en quoi consiste le progrès récemment accompli sur ce point.

Ce progrès se rattache à une connaissance plus exacte de l'anatomie et de la physiologie du système nerveux, de l'appareil vasculaire sanguin.

Le trisplanchnique n'est pas, comme on l'a cru longtemps, l'agent spécial des sympathies; son rôle en ce genre doit être considérablement réduit.

C'est à tort qu'on centralisait toutes les actions nerveuses dans l'encéphale. En matière de sympathie, la moelle épinière prime le cerveau, elle peut même se passer du concours de ce dernier. Après la décapitation d'un animal, on provoque artificiellement des actions réflexes sympathiques, qui sont plus prononcées au bout d'un certain temps qu'aux premiers moments. Tous les amas de corpuscules nerveux peuvent être les foyers de l'action réflexe.

L'expérience a prouvé que le centre rachidien est, quoique formant un tout continu, divisible en plusieurs centres inclus dans le grand. La moelle est en réalité une agglomération de petits centres communiquant tous entre eux et avec l'encéphale.

Chacun de ces centres possède un appareil auxiliaire de nerfs convergents et émergents.

Les nerfs convergents sont sensitifs et transmettent les impressions perçues. Les nerfs émergents conduisent l'action motrice aux parties où ils se distribuent.

Le pouvoir moteur, venant à la suite d'une impression, est le

produit d'une élaboration mystérieuse ayant pour siége et pour instrument le centre nerveux. C'est, dit-on, une transformation des forces analogue à ce qui se passe en physico-chimie lorsque la lumière devient chaleur, lorsque la chaleur devient mouvement, etc.

Toute impression suppose un agent incitateur. Sans une incitation préalable, le fait sympathique n'a aucune raison d'être.

Le mécanisme de la sympathie serait donc le suivant :

Chaque centre nerveux réunissant certains organes par des nerfs sensitifs et par des nerfs moteurs, il en résulte autant de départements distincts, dont les parties correspondent entre elles. Une de ces parties étant sollicitée par un stimulus, l'impression arrive au centre par les nerfs sensitifs, devient dans ce centre une action motrice conduite par les nerfs moteurs à une partie capable, par son organisation, de réaliser le mouvement. De là, une véritable chaîne nerveuse composée de trois éléments, dont chacun est indispensable à l'accomplissement du phénomène.

Je passe les détails relatifs aux modifications apportées par la continuité, par l'énergie de l'action du stimulus incitateur, et par d'autres circonstances. Ce que je viens de dire suffira pour traiter la question générale, seule admissible dans un livre tel que celui-ci.

Qu'apporte de nouveau et d'utile l'action réflexe, telle qu'elle est enseignée aujourd'hui ? Peut-elle être substituée à l'ancienne théorie des sympathies ?

L'idée n'est pas nouvelle ; nous avons vu qu'au fond elle était formulée sous un autre nom par nos devanciers. Ce qu'on ajoute est la détermination du centre nerveux et des nerfs qui concourent à l'action. On croyait à la chaîne, mais on ne disait pas ou on disait mal en quoi elle consistait.

Il y a certainement action réflexe dans toute sympathie. Néanmoins, sympathie et action réflexe ne sont pas synonymes. L'action réflexe est un fait plus général que la sympathie. Elle existe toutes les fois qu'un mouvement non explicable par la physique se produit dans l'économie, soit dans le lieu de l'impulsion, soit ailleurs. Un mouvement de ce genre implique l'intervention du système nerveux. Une partie complètement isolée de ses nerfs deviendrait inerte. Point de nerfs, point de sensibilité ; point de sensibilité, point de mouvement.

La matière du corps, comme toute autre matière, est soumise à

la loi de l'inertie; elle ne se meut qu'à la suite d'une incitation. Ce n'est pas elle qui est douée de spontanéité; c'est la force vitale.

En conséquence, partout et toujours, un agent interne ou externe provoque le centre nerveux, et l'action de celui-ci est transmise à l'organe qui est le point d'arrivée de la sollicitation sympathique. Ce sont là les trois éléments de la chaîne nerveuse. Qu'il y ait sympathie, synergie, réaction sur place, le mécanisme organique est essentiellement le même.

Chacun de ces éléments est nécessaire et se présente dans l'ordre indiqué. Supprimez le premier, et les autres n'ont aucune raison d'être. Que penser alors de l'opinion, très-répandue pourtant, qui met des séries entières de mouvements en dehors de l'action réflexe? On veut, pour qu'il y ait action réflexe, que l'agent incitateur soit démontrable *de visu*. Cette condition restrictive n'est pas admissible. Une attaque d'hystérie, d'épilepsie, etc., est une action réflexe, soit que l'on puisse, soit que l'on ne puisse pas la rattacher à un stimulus matériel. Plusieurs convulsions hystériques, épileptiques sont dans ce dernier cas. Les praticiens disent alors qu'elles sont le produit d'un *besoin morbide*, une satisfaction donnée à ce besoin morbide. Qu'est en soi un besoin morbide? Comment agit-il? Je l'ignore; mais, assurément, il est l'équivalent d'un stimulus provoquant le centre nerveux. Celui-ci ne modifierait pas son action, s'il n'y était sollicité par quelque chose de nouveau. On ne peut donc nier la présence du premier anneau de la chaîne, de l'élément sensitif, dans les mouvements suscités par des besoins morbides. Ces mouvements sont, par conséquent, des actions réflexes.

Nous ne sommes pas plus autorisés à en exclure les mouvements volontaires. Ceux-ci sont également impossibles sans le concours de l'appareil nerveux. La loi qui les gouverne est la même. La volonté n'agit pas directement sur le muscle; il faut, au préalable, que les trois conditions dont j'ai parlé soient remplies. Je ne sais pas comment cela se passe, mais ma volonté est un stimulus incitateur qui doit être senti par le centre nerveux, pour que celui-ci agisse en conséquence et produise l'impulsion motrice. La volonté a beau être énergique : si le centre nerveux n'est pas atteint par elle, s'il a perdu son excitabilité, ou si l'impulsion envoyée par lui ne parvient pas à son adresse, le muscle reste immobile.

Il ressort de cette discussion que l'on a indûment réduit le

domaine de l'action réflexe. La sympathie est une espèce particulière de l'action réflexe, et on ne la fait pas connaître quand on se contente de prononcer ce dernier mot.

La sympathie a ses conditions, ses lois propres, qu'on doit chercher dans l'observation clinique. C'est de cette source qu'est sortie l'ancienne théorie des sympathies. Il ne peut entrer dans l'esprit de personne de ne la compter pour rien, pas plus que de l'empêcher de profiter des acquisitions nouvelles pour s'améliorer.

Comme toute opération vitale, la sympathie suppose une partie instrumentale. L'ancienne théorie, mal renseignée sur ce point, ne mérite confiance que pour l'appréciation des influences dynamiques variables qui mettent les instruments en jeu et les déterminent à tel genre d'action.

Grâce aux anatomistes modernes, la partie instrumentale est étudiée à l'aide de procédés plus rigoureux et plus puissants. Leurs recherches ont rempli quelques lacunes et corrigé des erreurs.

La découverte des nerfs particulièrement sensitifs et des nerfs particulièrement moteurs est un véritable progrès, qui a amené tous les autres. Les rôles des divers centres nerveux sont mieux connus. L'effort a surtout porté sur la moelle, laquelle se prête mieux, par sa configuration, par sa situation, à ce genre de recherches. On assure qu'elle est anatomiquement divisible en plusieurs centres de départements organiques; de telle sorte qu'étant donné un fait de sympathie, on pourrait dire le lieu où le stimulus a agi, le nerf qui a conduit l'impression, le centre où cette impression a été élaborée, et les nerfs moteurs qui ont apporté l'impulsion à l'organe condoléant.

Une précision aussi exacte est dans les vœux de tous. Elle donnerait les moyens de trouver le lieu où il faut appliquer le remède. Malheureusement les données qu'on a fournies sur ce point important ne peuvent pas toujours, il s'en faut, être regardées comme décidément acquises à la science, et il existe encore trop de désaccord entre les renseignements cliniques et les renseignements anatomiques, pour que ceux-ci puissent être considérés comme complets. Évidemment, malgré le bruit qui se fait et les ambitions de certains auteurs, c'est une étude encore à ses débuts, et elle a fort à faire pour arriver à ses fins.

Et d'abord, parmi les assertions nouvelles, beaucoup reposent sur des dissections minutieuses, sur des vivisections délicates que,

faute d'habileté suffisante ou de loisir, il est difficile de répéter, de contrôler ; il est regrettable, mais tout simple, qu'une vérité appuyée sur un fait d'une constatation laborieuse et malaisée ne soit pas acceptée du premier coup, surtout quand elle n'est pas d'accord avec d'autres vérités reçues.

La division topographique des centres composant la moelle ne peut être, en l'état, admise telle qu'elle est présentée, malgré l'autorité des vivisecteurs qui nous la proposent. On dit ce que ne fait pas le cerveau dans les sympathies, mais on ne dit pas ce qu'il y fait. Le cerveau est-il toujours étranger à ce genre de phénomènes ? Plusieurs l'affirment, d'autres hésitent. Cette difficulté doit être dénouée par la physiologie expérimentale, mieux informée.

Un doute survient quand il s'agit d'appliquer cliniquement à l'homme les résultats fournis par les vivisections. On sait que, chez lui, la faculté sensitive dépasse de beaucoup en intensité, en mobilité, celle des animaux, et que ses sympathies morbides sont infiniment plus nombreuses et plus variées. N'est-il pas probable que la loi qui, selon le lieu de l'incitation, détermine les éléments anatomiques de la chaîne nerveuse, n'a pas la même inflexibilité ? Les sympathies traumatiques que l'on provoque habituellement sur les animaux sont-elles organiquement les mêmes que celles qui ont lieu sous l'influence relativement lente de la maladie ? J'hésite à le croire.

Il est difficile d'admettre la nécessité absolue de tels nerfs, de tels centres nerveux qu'on a désignés, lorsque l'on voit la lésion du même organe susciter une sympathie dans un lieu qui ne fait pas partie du même département organique, lorsque la même provocation suscite tantôt telle sympathie, tantôt telle autre, sans qu'on puisse donner la raison instrumentale de ces différences. Si tout se fait par une nécessité mécanique, pourquoi la sympathie est-elle contingente, variable, pourquoi est-elle intermittente ?

L'utérus est malade : il faudrait, dans l'hypothèse proposée, qu'il y eût toujours une sympathie en rapport avec le siége de la lésion provocatrice; il n'en est rien cependant. Il peut y avoir sympathie; elle peut aussi manquer, la lésion étant la même, autant qu'on peut en juger. S'il y a sympathie, elle varie parfois étrangement. Ici elle est à la tête, là à la poitrine, ailleurs à l'estomac, ou bien aux membres supérieurs, aux membres inférieurs. L'organe condoléant est le siége d'une douleur, d'une convulsion, d'une paralysie,

d'une fluxion, d'une phlegmasie, etc. Il est impossible que dans tous ces cas la chaîne nerveuse soit la même. Quelle confiance mérite une loi organique qui souffre tant d'exceptions !

La vérité est que ce que nous savons de mieux sur le diagnostic et le traitement des sympathies morbides nous vient de l'observation clinique, et qu'en somme l'action réflexe, telle qu'on nous l'enseigne, sert bien mieux, pour le moment, les intérêts de la médecine spéculative que ceux de la médecine pratique. C'est qu'en effet, et de leur propre aveu, les médecins qui se font remarquer par leur zèle pour les idées modernes, poursuivent avant tout le problème général de la vie et non le problème thérapeutique. Sans doute celui-ci est contenu dans celui-là ; mais les praticiens comptent peu sur la découverte du secret de la vie, et ont pris le parti de s'en passer indéfiniment. Tout imparfaite qu'elle est, ils n'abandonneront la thérapeutique traditionnelle que lorsqu'ils tiendront réellement la thérapeutique exacte qu'on leur promet. Cette conduite prudente est amplement justifiée par l'expérience du passé. A toutes les époques, en effet, il s'est trouvé des gens mécontents de la modeste thérapeutique du médecin clinicien, et qui prétendaient en posséder une autre bien plus puissante parce qu'elle était fondée sur une explication de la vie. Le temps a montré la vanité de toutes ces tentatives.

Celle qu'on fait aujourd'hui aura-t-elle un meilleur sort? On sait qu'elle a pour point de départ l'assimilation de la physiologie et de la physico-chimie. Prétention aussi vieille que la médecine et toujours soutenue quelque part avec obstination, malgré tant d'échecs. On comptait sur l'anatomie perfectionnée pour en démontrer enfin la vérité. L'anatomie nous a beaucoup appris, en effet; mais le but poursuivi n'est pas atteint. Quand donc y parviendra-t-elle, si elle ne le peut aujourd'hui ? Faut-il qu'elle aille plus loin encore dans l'étude des mécanismes microscopiques, des ressorts premiers ? Cette étude a pourtant des limites qu'il est dangereux de franchir. Arrivée aux infiniment petits, l'anatomie devient nuageuse et perd l'autorité qu'on est habitué à lui accorder. Les désaccords des anatomistes qui ne craignent pas de regarder dans l'obscur, les hypothèses auxquelles ils sont forcés d'avoir recours, sont un avertissement dont il serait temps de profiter.

Que penser d'une science qui s'arroge tant de pouvoir et qui donne l'exemple d'une dissidence comme la suivante !

En Allemagne, on a imaginé la théorie des *nerfs d'arrêt*. M. Cl. Bernard l'a prise sous son patronage, et il écrit[1] : « Ne se pourrait-il pas que nous fussions dans des idées fausses relativement au mode d'influence des nerfs pour produire l'activité des organes? Au lieu d'être des excitateurs, les nerfs ne seraient que des freins ; les organes, dont la puissance serait en quelque sorte idio-organique, ne pourraient la manifester qu'au moment où l'influence nerveuse cesserait momentanément son action. » Je sais qu'en France la théorie des nerfs d'arrêt a de nombreux adversaires. Que faut-il en conclure, sinon que l'anatomie dont je parle n'est plus celle qui, par la puissance de ses démonstrations topiques, impose la conviction et ne permet pas que deux opinions différentes sur un même point puissent exister simultanément?

Soutenir que l'impression apportée par les nerfs sensitifs est la source d'où le centre nerveux tire le mouvement, est pure hypothèse. Il me semble plus simple et plus conforme aux faits de penser que l'impression incite le centre nerveux à réagir dans le sens qui est dans la nature de ses facultés propres, parmi lesquelles se trouve le pouvoir de mettre en action les organes mobiles. Cela n'éclaircit rien, sans doute; mais mieux vaut cette ignorance qu'une explication aventureuse.

Faut-il admettre comme vérités incontestées les actions réflexes avec cessation d'action des nerfs vaso-moteurs, et les actions réflexes avec augmentation d'action de ces nerfs? les premières amenant la dilatation des vaisseaux, l'augmentation de la circulation, de la nutrition, la chaleur, la phlegmasie ; les secondes caractérisées par des phénomènes opposés : contracture, rétrécissement de vaisseaux, pénurie du sang, refroidissement, paralysie, atrophie. Les objections sont nombreuses contre cette manière d'expliquer les actes morbides sthéniques par la paralysie, et les actes morbides asthéniques par l'excitation des nerfs vaso-moteurs. Suffit-il, pour répondre à tout, de quelques vivisections où l'on a opéré sur le trisplanchnique, d'où, comme on le sait, viennent les nerfs en question? Est-il certain que l'interprétation proposée au sujet de ces expériences soit la bonne? et n'est-il pas prudent d'attendre, avant d'accepter une théorie aussi étrange, édifiée sur une aussi frêle base? Je le répète, ces études ne sont qu'à leur début; qui sait

[1] Cl. Bernard; *Journal de physiologie*, 1862, tom. V, pag. 410.

ce qui, en définitive, en sortira? Jusqu'à présent elles ont fourni trop d'hypothèses, dont la vérification au lit du malade et sur une large échelle est indispensable.

Rien encore, aux yeux du praticien, ne peut remplacer les anciennes règles sur la sympathie. C'est à ces règles qu'il se confie de préférence lorsqu'elles sont contredites par les nouveautés de l'action réflexe. Dans l'état présent de la science, il est évident qu'au lit du malade le médecin qui ne connaît que l'action réflexe est moins bon thérapeutiste que celui qui, moins enthousiaste, ne rompt pas avec la médecine traditionnelle. Et tout ce qu'on peut dire de mieux en faveur de la théorie de l'action réflexe, c'est qu'elle se trouve d'accord sur quelques points avec les errements thérapeutiques séculaires. Les vivisecteurs ont raison de faire remarquer ce fait, et de s'en applaudir. Il serait heureux que, poussant plus loin l'esprit de conciliation, ils tinssent plus de compte des données cliniques là où celles-ci sont en opposition avec leur manière de voir. Le vrai progrès médical est celui qui respecte ce qui dans le passé doit durer. Depuis Hippocrate, l'histoire l'a prouvé surabondamment, les révolutions radicales ont été funestes et n'ont eu que des succès éphémères et de surprise. La théorie de l'action réflexe n'est acceptable que comme amélioration de ce qui est. Si elle veut régner despotiquement et suffire à tout, elle sera plus nuisible qu'utile. Telle qu'on la présente en effet, elle n'a apporté à la thérapeutique qu'un secours médiocre, et elle ne justifie pas l'immense succès qu'elle obtient auprès de certains esprits.

Un livre comme celui-ci ne devant contenir que des vérités ayant fait leurs preuves, le lecteur ne s'étonnera pas si, dans ce qui va suivre, je prends la clinique pour mon principal guide. La conception vitaliste de la sympathie, exposée au début de ce chapitre, me paraissant de toutes la préférable, c'est d'elle que je me servirai. J'en rappelle les traits importants.

Le point de départ fondamental est que, pour la formation et la conservation du corps vivant, les parties sont mutuellement liées, associées de manière à constituer un tout unitaire. Néanmoins, chaque organe a assez de vie propre, assez d'indépendance, pour pouvoir, dans certaines limites, se soustraire à la discipline commune et agir pour lui et par lui comme s'il avait son principe d'action. Le fait initial de toute sympathie est un fait de sensibilité.

Il y a des parties habituellement sympathiques et d'autres qui ne le sont qu'exceptionnellement. L'anatomie ne donne pas toujours la raison de ces phénomènes.

Ce qui, en pathologie, est sympathique ne fait pas partie de la forme constitutive et générique de la maladie primitive. C'est un accident qui survient à celle-ci, et tend à en troubler l'évolution ; quelque chose comme l'indigestion qui dérange les phénomènes synergiques d'une plaie en train de se cicatriser. Telle est, en effet, la phlegmasie sympathiquement provoquée par une autre phlegmasie. Cette phlegmasie sympathique est en dehors de la première et même fait obstacle à sa marche régulière, résolutive. Il en est ainsi de toute maladie sympathique, par rapport à celle d'où elle provient ; elle montre son antagonisme, soit en l'arrêtant, soit en lui imprimant une direction fâcheuse; en tout cas elle ne contribue en rien à sa solution. Ces choses seront expliquées dans le parallèle que je vais faire entre les maladies *symptomatiques* et les maladies *sympathiques*.

Notons d'abord les ressemblances. Les unes et les autres dépendent d'un fait extérieur qui suggère l'indication principale; elles peuvent s'établir assez fortement dans la partie qui en est le siége, pour survivre à leur cause première. Alors le lien de dépendance est rompu, et elles sont devenues idiopathiques.

Les différences sont celles qui existent entre le symptôme sympathique et le symptôme ordinaire.

Le symptôme ordinaire est dans la forme générique de la maladie, et lui appartient. Le symptôme sympathique est un événement surajouté, dû à des circonstances particulières. Il y a des symptômes nécessaires ; le symptôme sympathique ne l'est jamais.

On s'étonne de l'absence du symptôme ordinaire, et fréquemment cette absence est un signe fâcheux. Le symptôme sympathique, s'il n'est pas mauvais, est pour le moins inutile ; il est une complication. Que l'on éprouve une douleur du côté de l'uretère dans lequel un calcul anguleux est engagé, c'est normal : le malade est dans l'état où il doit être. Mais si l'estomac se révolte sympathiquement, c'est un fait extérieur, regrettable, qui apporte, sans avantage, une souffrance de plus. Pareillement, dans l'hépatite, la douleur, le gonflement du foie sont des symptômes constitutifs; il n'est est pas ainsi de la douleur sentie sympathiquement à l'épaule droite.

Le symptôme sympathique a donc sa cause à part, qui n'est pas celle d'où la maladie est venue.

Sans doute le symptôme sympathique, puisqu'il est un symptôme, sert au diagnostic quand il se présente dans un grand nombre de cas de la même maladie. On a parfaitement raison de dire que la douleur à l'épaule droite est un des symptômes de l'hépatite, qu'une sensation ingrate à l'extrémité de la verge est un symptôme du calcul vésical, etc., l'expérience ayant prouvé que ces choses vont fréquemment ensemble. Il n'en est pas moins vrai que le symptôme sympathique manque souvent, et qu'il ne mérite pas confiance comme le symptôme constitutif, surtout comme le symptôme physique (râle crépitant, matité, élongation, raccourcissement d'un membre, etc). Le symptôme sympathique, étant essentiellement un fait de sensibilité, ne peut jamais présenter rien de ce dernier genre. Enfin, il y a des actes sympathiques qui se montrent rarement et sont tout à fait excentriques. Ceux-là sont incontestablement en dehors de la maladie ; ils en altèrent la physionomie ordinaire et en rendent le diagnostic difficile.

Il existe des différences correspondantes entre les maladies symptomatiques et les maladies sympathiques. La maladie symptomatique appartient à la maladie-mère ; elle en sort par filiation, soit qu'elle provienne d'une affection qui fait des progrès et multiplie ses manifestations, soit qu'elle se rattache à une lésion instrumentale.

La maladie sympathique, au contraire, a sa cause propre qui est toujours une attaque à la sensibilité ; elle ne constitue pas un tout unitaire avec ce qui a précédé ; loin de là, elle tend à déranger cette unité. Elle a, jusqu'à un certain point, son étiologie, sa symptomatologie, son traitement propres ; c'est une autre maladie qui s'ajoute; elle ne fait donc pas partie de la forme générique de la maladie primitive. La tumeur blanche est au fond la même maladie que l'affection dont elle est le symptôme ; ainsi de l'hydropisie, symptôme d'une lésion organique qui entrave la circulation, etc. Autres sont les rapports d'une épilepsie avec l'helminthose intestinale qui la provoque. L'épilepsie ne sort pas de l'helminthose par voie de filiation, mais par voie indirecte ; elle a sa cause propre et différente, qui est un stimulus senti par l'intestin, suscitant dans un centre nerveux, par suite d'une prédisposition spéciale, la modification qui produit l'action réflexe épileptiforme. Cette diffé-

rence de cause en amène de suffisantes dans le traitement pour qu'on soit autorisé à dire qu'il y a deux maladies.

La maladie symptomatique implique nécessairement l'existence d'une maladie antérieure. Quand toute relation entre elles est rompue, la maladie n'est plus symptomatique, mais idiopathique.

Certaines maladies méritant d'être appelées sympathiques sont idiopathiques même dès leur début. Il en est ainsi quand le stimulus provocateur n'amène rien de morbide dans le lieu où il agit. Certes, le stimulus est senti, mais l'action réflexe n'a pas lieu, comme c'est l'ordinaire, dans la partie en rapport direct avec le stimulus, elle se dirige ailleurs.

Tel est le cas observé par Théden, et cité par Barthez[1], où un vésicatoire placé sur un bras paralysé, a produit son effet sur l'autre bras. L'action réflexe excito-motrice, au lieu d'aboutir à l'endroit qui était le siége du stimulus, a atteint un organe éloigné sympathique.

Tissot[2] a vu une fille de dix ans chez qui une boule de verre, introduite et laissée dans le conduit auditif, a amené l'engourdissement de tout un côté du corps. Cet engourdissement devint une douleur aiguë qui s'accompagna de toux sèche, de convulsions et d'atrophie du bras. Tout était sain autour du corps étranger, qu'il suffit d'enlever pour obtenir une guérison prompte et complète.

Willis, Thomas Bartholin, Ledran, ont observé des engorgements considérables des glandes du cou, provoqués et entretenus par la simple compression d'un bandage herniaire, les glandes de l'aine étant restées saines.

Ces accidents étaient sympathiques, mais non sympathiques d'une autre maladie.

Il n'est pas très-rare que des vers, des calculs ou d'autres corps étrangers, suscitent des scènes morbides à distance, les parties qui sont en contact immédiat avec eux restant dans leur état naturel.

La grossesse n'est pas un fait morbide ; elle n'en suscite pas moins sympathiquement de vraies maladies.

[1] Barthez; *Nouveaux éléments de la science de l'homme*, édit. de 1806, tom. II pag. 15, notes.

[2] Tissot; *Traité des nerfs et de leurs maladies*. Lausanne, 1784. tom. IV. pag. 49.

Ces faits rappellent les maladies idiopathiques déterminées par un retentissement sympathique appelé sur un organe devenu vulnérable, par suite d'une infirmité qui en a exalté la sensibilité. C'est ainsi qu'un froid aux pieds provoque une angine, une bronchite, une ophthalmie, etc., selon les prédispositions individuelles. Toutes choses égales d'ailleurs, un organe sujet à une maladie à récidive est plus sympathique qu'un autre, et répond par la maladie accoutumée à des provocations de nature et de siége divers. La prédisposition tient une plus grande place dans les maladies sympathiques que dans les maladies symptomatiques. Nous verrons les conséquences pratiques qui découlent de ce fait.

Il suit, de l'exposé précédent, que la sympathie intervient de trois manières différentes dans la formation des maladies : maladies commençant par une sympathie, mais devenant promptement idiopathiques (la sympathie n'a été qu'une cause occasionnelle, faible par elle-même, mais efficace par l'auxiliaire puissant d'une prédisposition) ; maladies sympathiques et idiopathiques, dans lesquelles le stimulus provoque une maladie à distance ; maladies sympathiques d'une autre maladie.

Étudions maintenant les divers modes d'être de l'effet sympathique.

Cet effet n'est pas toujours un mouvement réactif, une suraction, il peut être une subaction ; on observe des syncopes, des paralysies sympathiques, qu'il ne faut pas confondre avec les paralysies symptomatiques des lésions des nerfs, des centres nerveux. Ces subactions sont-elles des actions réflexes ? Oui, si, par exemple, elles dépendent de la contracture des vaisseaux, selon la théorie indiquée tout à l'heure ; toutefois, comme cette théorie, qui trouve des opposants parmi les vivisecteurs eux-mêmes, n'est pas encore admissible, on peut penser, jusqu'à plus ample informé, que la paralysie est due à un épuisement, à un défaut d'action, et non à une action excito-motrice. Ces paralysies ne seraient donc pas des actions réflexes, quoiqu'elles soient pourtant sympathiques. Nouvelle raison pour ne pas identifier l'action réflexe et la sympathie.

Les actes morbides sympathiques marqués par la suraction se présentent plus souvent que les précédents. Ils sont les mêmes que ceux qu'on observe dans les maladies réactives se développant dans le lieu même où le stimulus agit. Leur caractère est

névrosique (douleur, délire, spasme, convulsion), ou bien vasculaire (fluxion, phlegmasie). Les maladies sympathiques diffèrent des autres réactions seulement en ceci, qu'elles se montrent loin du lieu où siége la cause provocatrice.

L'acte morbide sympathique est la répétition du premier. Tous les deux sont douleur, spasme, fluxion, phlegmasie.

Il peut-être différent : la douleur suscite une phlegmasie ; la phlegmasie suscite une douleur, etc.

Un acte morbide sympathique ne sort jamais directement d'une affection. L'affection, bien comprise, n'est pas un organe malade ; c'est une cause indémontrable *de visu*, produisant, au moyen d'un mécanisme inconnu, des effets par filiation, des effets symptomatiques. Néanmoins, la partie déjà atteinte par une affection peut très-bien être le point de départ d'une maladie sympathique. Celle-ci est loin d'être rare dans le cours des maladies affectives ; elle exige préalablement la lésion d'une partie, et n'est que la conséquence indirecte de l'affection. D'après cela, la maladie qui provoque une sympathie est primitivement locale ou localisée.

Pareillement, c'est toujours sur un organe que la sympathie retentit. Les conséquences de ce retentissement diffèrent : elles peuvent être une perturbation de l'ensemble, ou seulement une perturbation partielle. De là, des sympathies appelées *générales* et des sympathies *locales*.

I. Sympathies suivies d'effets généraux.

Les effets de la sympathie sont généraux lorsque l'organe atteint à distance joue un rôle nécessaire au fonctionnement de l'ensemble, le cœur par exemple. Ces effets sont également généraux si le centre nerveux qui reçoit l'impression met en mouvement un grand nombre de parties. Ils peuvent se montrer tels dès le début, ou bien au bout d'un certain temps, quand la maladie protopathique a pris des proportions telles qu'elle ne peut plus être tolérée par l'ensemble. Aux conséquences de la sympathie succèdent alors celles de la lésion instrumentale de l'organe qu'elle a intéressé.

Les circonstances favorables aux sympathies générales sont, d'une part l'importance sympathique de la partie primitivement attaquée dans sa sensibilité, de l'autre une susceptibilité qui rend l'organisme peu tolérant.

La brusquerie, l'étendue, la gravité de la lésion provocatrice,

en augmentent la puissance perturbatrice; c'est ainsi qu'un organe peu sympathique, quand il est faiblement atteint, trouve des échos partout quand la lésion, dépassant certaines limites, apporte le trouble dans les centres de la circulation, de l'innervation. Alors l'ensemble s'émeut. Des exemples nombreux de ce fait sont fournis par les irritations, par les phlegmasies auxquelles la fièvre succède.

Il convient de distinguer la fièvre *synergique* de la fièvre *sympathique*. Celle-ci, de pure souffrance, est dépourvue de toute qualité médicatrice. Tout au plus, si elle est modérée, peut-elle ne pas nuire. C'est donc un événement fâcheux au moins par tendance, et trop souvent une complication sous l'influence de laquelle le mal primitif prend une direction irrégulière et s'aggrave.

Dans une pyrexie exanthématique, la fièvre d'invasion est synergique. La fièvre secondaire allumée par les scènes locales de l'éruption est sympathique. Sont également sympathiques toutes les fièvres hectiques qui surviennent en vertu d'un désordre anatomique devenu intolérable pour l'ensemble de l'économie.

Beaucoup de médecins disent fièvre symptomatique, au lieu de fièvre sympathique. Ils ont raison en ce sens que toute fièvre sympathique qui se montre dans la majorité des cas d'une maladie en est un symptôme, et sert au diagnostic de son siége, de son étendue. Mais il ne faut pas oublier que c'est un symptôme sympathique.

Ce n'est pas seulement par la fièvre que s'exprime l'émotion sympathique dite générale. Une blessure grave par elle-même ou trop vivement sentie par un sujet impressionnable, présente aux premiers moments des scènes de subaction de l'ensemble : syncope, stupeur, refroidissement, etc. La sympathie est le seul trait d'union entre le désordre anatomique local et le trouble de l'économie. Bientôt la scène change; à la subaction succède la réaction traumatique. Il n'en est pas moins vrai que la première impression a été asthénisante, et qu'elle s'est répétée dans l'ensemble avec le même caractère. La chose se passe comme dans le cas suivant :

Un homme n'a pas mangé depuis longtemps et se sent très-faible. Pourquoi cela? Parce que l'estomac, organe très-sympathique, privé de son stimulus naturel, nécessaire, est descendu à un degré de vitalité assez inférieur pour ne plus exciter convenablement les organes qui lui sont unis par sympathie. La preuve qu'il eu

est ainsi, c'est qu'un peu d'aliment, un peu de vin surtout, suffisent pour relever le ton vital de l'estomac. L'aliment, le vin, ont fait sortir cet organe de sa langueur, et alors il est en mesure de rendre aux autres organes, toujours par sympathie, l'influence corroborante interrompue. Qu'on ne dise pas que l'estomac a agi comme instrument de digestion, que le sujet était faible faute de nutrition suffisante. La nutrition n'a pas cessé de se faire au moyen de la résorption des matériaux assimilables mis en réserve au sein de nos tissus. Si l'estomac avait agi autrement que par sympathie, le sentiment de confort, de bien-être n'aurait pas été aussi prompt. L'estomac n'est pas du tout dans ce cas sollicité comme agent de digestion; il y aurait péril à satisfaire complètement les besoins qu'il accuse. Plus tard seulement, quand il aura repris ses forces, il sera capable de faire du chyle. La restauration de l'ensemble a eu lieu par voie de sympathie, comme l'avait été, en partie, son affaiblissement.

C'est aussi par la répétition sympathique qu'un spasme se généralise : spasme de l'utérus amenant une éclampsie, etc. Une prédisposition suffit pour expliquer les faits de ce genre, et l'on comprend que lorsque la prédisposition est spéciale, l'effet sur l'ensemble soit différent. Ainsi, chez une femme d'un tempérament sanguin, à organes vasculaires irritables, le spasme utérin, pendant l'état puerpéral, suscitera une fièvre inflammatoire. La fièvre sera toute autre, bilieuse, ataxo-adynamique, etc., s'il existe une prédisposition qui la porte dans ce sens. C'est par ces différences que l'on explique pourquoi tel individu répond aux provocations sympathiques par des phénomènes nerveux, et tel autre par des phénomènes de l'ordre vasculaire. La partie la plus impressionnable s'émeut la première.

La prédisposition remplit donc un rôle important dans les sympathies dites générales, et il convient de répéter que, plus il y a prédisposition, plus forte est la tendance de la maladie sympathique à devenir idiopathique.

Les sympathies dites générales étant provoquées par des lésions qui s'établissent brusquement et qui ont une marche rapidement envahissante, sont fréquentes après les traumatismes et dans les maladies aiguës. Elles se montrent dans les maladies chroniques quand, par leur croissance, par leur multiplicité, les désordres organiques ont dépassé la tolérance.

Naturellement l'émotion de l'ensemble arrive plus vite si le sujet est impressionnable (tempéraments nerveux, enfants, femmes).

L'indifférence du système retarde le moment de ces sympathies. Les exemples d'une tolérance complète par rapport à des lésions d'organe, même très-avancées, ne sont pas rares chez les vieillards.

L'homme, plus riche en sensibilité, présente des sympathies dites générales plus fréquemment que les animaux. Les maladies de ces derniers sont moins troublées, plus synergiques : c'est ce qu'on observe surtout à la suite des plaies. Les manifestations fébriles sympathiques tiennent une grande place dans la pathologie humaine ; cette place se rétrécit rapidement dans les espèces les plus voisines ; la fièvre disparaît dans les espèces inférieures. Tout le monde sait qu'une mauvaise situation morale favorise la production de ce *processus* morbide et des autres accidents sympathiques. Dans un autre endroit de ce livre, j'apprécierai ce que rapporte en bien et en mal ce privilége d'avoir la fièvre, que nous possédons d'une manière à peu près exclusive.

II. Sympathies suivies d'effets locaux.

Toute sympathie est locale, en ce sens qu'elle se fait d'un organe à un autre organe. L'effet général ou local dépend du degré de la lésion de l'organe consécutivement atteint et de son importance comme instrument, comme partie sympathique.

C'est ainsi qu'une phlegmasie sympathique, d'abord sans échos, provoque la fièvre quand elle a acquis plus d'énergie ; ou bien qu'une brûlure à la peau est suivie du même effet parce qu'elle a irrité sympathiquement la muqueuse intestinale.

En somme, une sympathie générale s'explique par des séries de sympathies locales auxquelles s'ajoutent les conséquences qui se rattachent à l'empêchement instrumental des organes consécutivement atteints.

La sympathie dite locale est celle qui s'arrête au second organe et est tolérée par l'ensemble. Dans ces troubles partiels, contrastant avec le calme du reste, les phénomènes sympathiques sont plus nettement accentués, sans mélange, et plus faciles à distinguer de ce qui n'est pas eux. On peut discuter sur la qualité sympathique d'une fièvre. Personne ne méconnaîtra une sympathie dans

la douleur éloignée, dans le vomissement qui succèdent à une maladie de l'utérus.

Que la sympathie soit locale ou générale, il importe de connaître les organes qui ont entre eux des relations particulières de condoléance.

III. Affinités sympathiques.

Jusqu'à plus ample informé, il faut, conformément à l'opinion de Barthez, penser que la sympathie morbide n'est pas liée nécessairement à telle condition anatomique connue. L'anatomiste étranger à la clinique qui voudrait, d'après la disposition des nerfs sensitifs, moteurs, par rapport aux centres nerveux, établir d'avance les affinités dont je parle, leurs réciprocités ou non-réciprocités, ferait une œuvre très-sujette à correction. Les renseignements cliniques sont indispensables ; ils confirment les données de l'anatomie, et ils révèlent des choses que celle-ci n'aurait pu même soupçonner.

Et d'abord, posons en thèse générale, d'après l'expérience, que tout est possible en fait de sympathie morbide. Tels organes qui d'ordinaire ne sympathisent pas entre eux peuvent, par suite de circonstances encore inconnues, se montrer exceptionnellement condoléants. On ne trouvera, dans ce qui va suivre, que des lois relatives aux faits qu'on observe le plus fréquemment. Le praticien doit considérer les parties ci-dessous désignées comme étant particulièrement sympathiques.

1° Parties ayant même structure et formant un appareil continu, nerf et nerfs, vaisseau et vaisseaux. Incontestablement, les vaisseaux d'une part, les nerfs de l'autre, sont unis entre eux sympathiquement pour exécuter leur fonction synergique normale. On conçoit que si le lien connectif manque, certaines de ces actions deviennent prépondérantes, s'isolent, et nuisent à la synergie au lieu de lui servir. C'est ainsi que la lésion d'un vaisseau peut être sentie outre mesure par les autres vaisseaux, par le cœur, et apporter un trouble circulatoire qui est inexplicable par des raisons tirées de l'ordre instrumental. Des cas de ce genre ne sont pas rares dans la pratique chirurgicale. De même, la lésion d'un nerf *provoque* un autre nerf : névralgie suscitant d'autres névralgies ; carie dentaire suivie d'une névralgie siégeant dans un lieu plus ou moins éloigné. Il me paraît probable que la douleur à l'épaule droite, dans l'hépatite, tient aux connexions que les nerfs

du foie ont avec ceux du plexus cervical. Les sympathies morbides qui unissent l'intestin avec la tête, les yeux, les membres, me semblent devoir se rattacher à cette circonstance, que ces parties sont en rapport de continuité au moyen des rameaux et des ganglions du nerf grand sympathique. Mais des connexions de ce genre existent à peu près avec tous les organes. Des nerfs innombrables sillonnent le corps et forment un réseau existant partout. Pourquoi donc telles condoléances, et non pas telles autres? On ne peut pas répondre à cette question. Ces faits sont cliniquement constatés ; voilà tout ce qu'on peut dire.

Il me semble qu'il faut rapporter à la même série le vomissement qui survient à la suite du simple pincement de l'intestin dans une hernie, s'il n'y a aucun obstacle sérieux à la circulation des matières. La lésion de l'estomac est une intolérance provenant d'une provocation à cet organe, considéré en tant que sensible, sympathique.

2° Organes de structure non similaire, mais communiquant par une muqueuse et collaborant à une même fonction : foie et estomac, canal de l'urètre et testicule, etc. Le fait sympathique est évident dans l'orchite blennorrhagique, lorsque les parties intermédiaires entre l'urètre et le testicule sont restées saines.

3° Organes de structure similaire situés dans des lieux différents, et n'ayant entre eux aucune communication anatomique particulière : pancréas et glandes salivaires, articulations, membranes séreuses, membranes muqueuses. Une analogie de structure suffisante permet, ce me semble, de placer ici les sympathies qui unissent la peau et les muqueuses.

4° Organes pairs symétriquement placés l'un par rapport à l'autre : yeux, reins, poumons, membres, etc. Ces organes communiquant, par leurs nerfs, avec le même centre nerveux, ici la justesse de la théorie moderne de l'action réflexe est prouvée par l'observation clinique.

5° Organes situés du même côté du corps. Cette remarque, faite depuis longtemps, a suggéré la division connue sous le nom de l'*homme droit* et l'*homme gauche*. Bordeu a insisté sur cette division, et l'expliquait par une disposition spéciale du tissu lamineux, lequel, en effet, plus feutré, plus serré sur la ligne médiane, constitue une limite bornant chaque côté. Je me contente de constater le fait pratique. Dans la majorité des cas, le testicule qui se prend

après un oreillon est celui qui est situé dans le même plan vertical. Nous verrons, en thérapeutique, que lorsqu'on veut obtenir des attractions sympathiques, on s'adresse aux parties placées du même côté que l'organe fluxionné.

Telles sont les lois générales applicables à l'ensemble des sujets. Il y a en outre des sympathies qui s'expliquent par des circonstances individuelles.

Tout étant égal d'ailleurs, un sujet atteint d'une infirmité organique congénitale ou acquise est particulièrement impressionnable de ce côté, et les contre-coups sympathiques s'y font sentir. Cela est vrai surtout si l'organe a été plusieurs fois le siége d'une maladie à récidive. Chacun de nous, même le mieux portant, a une partie plus vulnérable que les autres, plus accessible à l'action des provocations morbifiques : tête, gosier, larynx, bronches, cœur, estomac, etc. Cela est tellement prononcé chez certains sujets, que, dans presque toutes leurs maladies, l'organe infirme donne plus ou moins des témoignages de souffrance. Tel individu délire à la moindre fièvre, ou bien est tourmenté par une céphalalgie particulièrement vive et opiniâtre. Tel autre, de quelque manière qu'il soit malade, se plaint de son estomac, a la nausée, vomit. Van Helmont se donne une entorse au pied : à l'instant même des accidents épigastralgiques éclatent, et leur violence ne s'apaise que lorsque le temps et les remèdes ont amorti la douleur articulaire.

Voilà certes des accidents sympathiques tout à fait dépendants d'une manière de sentir idiosyncrasique ; il en est qui sont plus rares et qui échappent à toute explication. Lorsqu'ils apparaissent pour la première fois, il est impossible de les rattacher à leur vraie cause, parce qu'ils sont en dehors des règles connues. Tel est le cas, observé à Montpellier, d'une dame qui était atteinte de paralysie du bras gauche toutes les fois qu'elle devenait enceinte. La paralysie cédait d'elle-même à l'époque des couches. Van Swiéten, parlant du mystère qui enveloppe certaines actions vitales, s'écrie[1] : Qui nous expliquera pourquoi une dame de haut rang avait des attaques d'épilepsie quand elle était grosse d'un enfant mâle, et ne présentait rien de particulier si l'enfant était du sexe féminin !

[1] Van-Swiéten : *Commentaria in Boerhaave aphorismos*. Parisiis, MDCCLXXI, tom. III, pag. 424.

Je pourrais grossir le chiffre de ces curiosités pathologiques ; mais il me paraît plus utile de revenir aux faits qui, par leur degré de fréquence, intéressent la pratique courante.

Il arrive que la provocation est dissimulée. La maladie provoquée seule se révèle par des symptômes. La connaissance des affinités sympathiques unie à celle des anamnestiques, permet de soupçonner l'origine du mal, ou du moins fait cesser tout étonnement quand cette connaissance est acquise. Un rein est le siége de violentes douleurs ; il se peut que la provocation se trouve dans l'autre, bien qu'il soit silencieux. Chez une femme gastralgique, il est prudent de se demander si l'utérus n'est pas pour quelque chose dans cette maladie, et de faire des recherches en conséquence. En présence d'une épilepsie, cherchez s'il n'y aurait pas sur le trajet des nerfs périphériques, dans l'intestin, etc., une lésion capable de remplir le rôle de cause provocatrice.

Les deux maladies sont diagnostiquées; pour les motifs exposés plus haut, on pense qu'il n'y a ni coexistence ni filiation par symptomatisme ; c'est donc une sympathie. Un point reste à régler : quelle est, des deux maladies, celle qui est *provocante*, celle qui est *provoquée?*

La maladie provocante est certainement la première en date, la protopathique. Mais, je viens de le dire, elle peut être plus ou moins dissimulée, tout à fait sans symptômes. C'est le cas d'essayer l'hypothèse d'une maladie provocatrice siégeant dans un lieu connu pour être le point de départ habituel de mouvements sympathiques. L'estomac est un organe très-condoléant. Avant de décider que la maladie dont il est atteint est idiopathique, interrogez toutes les parties avec lesquelles il est uni.

Les deux maladies ont pu se montrer simultanément. On se rappelle alors que certains organes jouent communément, par rapport à d'autres, plutôt le rôle de provocateur que celui de provoqué. Ainsi, on constate une maladie de la matrice et une maladie de l'estomac. Celle-ci sera dépendante de l'autre dans l'immense majorité des cas, l'expérience ayant prouvé que les maladies de l'estomac sympathiques de lésions utérines sont fréquentes, tandis que celles de l'utérus sympathiques de lésions de l'estomac sont rares.

On n'oubliera pas qu'une maladie, après avoir gardé plus ou moins longtemps le caractère sympathique, peut devenir indépen-

dante, idiopathique, et exercer à son tour une influence fâcheuse sur celle qui l'a provoquée.

Généralement il y a, comme pour les maladies symptomatiques, proportion d'intensité entre la maladie provocatrice et l'autre. Toutefois, en fait de sympathisme, les exceptions à cette règle sont plus souvent observées. Tout le monde sait que la sensibilité est variable. Quand il y a sensibilité exubérante, prédisposition spéciale, une petite lésion amène de grands accidents sympathiques. Ce sera le contraire dans les cas inverses. Une personne nerveuse, à moral faible, éprouvera une syncope, des convulsions, à l'occasion d'un léger traumatisme. Un traumatisme grave en laissera une autre mieux douée à peu près impassible. De même, chez tel sujet, une phlegmasie presque insignifiante allumera une grosse fièvre; tandis que chez un individu apathique (vieillards), de grands désordres phlegmasiques pourront avoir lieu, sans qu'on voie survenir les symptômes d'un retentissement sympathique. L'impressionnabilité, les dispositions actuelles du sujet, expliquent ces apparentes contradictions.

La maladie sympathique peut être intermittente, bien que la lésion provocatrice soit permanente. Les faits de ce genre sont loin d'être rares. Cette intermittence est en rapport avec les états divers de la sensibilité, tantôt exaltée, tantôt normale. Celle-ci ne s'émeut que lorsqu'elle se trouve au degré convenable. L'asthme, l'épilepsie sympathiques sont des exemples d'intermittence non périodique. Ces cas sont semblables à ceux dans lesquels un corps étranger, une balle par exemple, suscite des scènes de phlegmasie séparées par des intervalles plus ou moins longs. La seule différence est dans le siége de la réaction. L'intermittence est périodique dans le cas si connu d'accès de fièvre liés sympathiquement à une lésion de la vessie ou d'un autre organe. On sait que la fièvre hectique prend fréquemment une forme rémittente accentuée.

Les fluxions provoquées à distance par une partie sur une autre ont lieu d'après les lois de la sympathie. Les pathologistes emploient, pour désigner ce fait, des expressions très-exactes: *pars mandans*, *pars recipiens*. Elles sont de mise pour tous les cas de maladies sympathiques. Un organe envoie, un autre reçoit. Mais, quelle est la nature de cette double influence? On ne pourrait avancer, à ce sujet, que des assertions très-contestables.

La maladie sympathique étant essentiellement un fait de sensibilité, il suit qu'elle a, à son début, un caractère plutôt dynamique qu'anatomique. Assez fréquemment elle peut persister longtemps sans altération plastique appréciable. Ce sont des scènes de douleur, d'anesthésie, des convulsions, des paralysies, des fluxions. Sans contredit, une lésion plastique (phlegmasie, etc.) est susceptible d'être sympathiquement provoquée; mais cette phlegmasie conserve plus longtemps que les autres son caractère dynamique, qu'elle perd, du reste, d'autant plus aisément qu'il existe une prédisposition favorable à la phlogose. La différence est grande, au point de vue du pronostic, entre une pleurésie, une méningite, une hémoptysie, un tétanos, une épilepsie, etc., sympathiques et ces mêmes maladies émancipées, devenues idiopathiques.

Si j'ai bien fait comprendre ce qui sépare l'acte sympathique de l'acte synergique, de la maladie symptomatique, on admettra sans peine que la sympathie morbide est un événement fâcheux, qu'il faut s'efforcer de prévenir toutes les fois qu'on est en présence d'une maladie signalée par l'expérience comme susceptible de provoquer des sympathies. Ainsi, un oreillon, la gingivite qui accompagne une mauvaise dentition, feront penser à la possibilité de la fluxion testiculaire dans le premier cas, de convulsions dans le second, etc.; et l'on instituera un traitement en conséquence. Le praticien doit redouter les sympathies et faire le nécessaire pour les empêcher chez les individus très-impressionnables, dont le moral est tourmenté par la crainte, par l'inquiétude.

Le défaut de sympathie provenant de l'adynamie est de mauvais augure. L'absence des forces est une complication plus grave que la réaction sympathique; aussi se méfiera-t-on des phlegmasies sans fièvre, sans symptômes dynamiques, chez les sujets débilités.

Le pronostic d'une maladie sympathique établie diffère, cela est clair, selon sa nature, son siége, la rapidité de sa marche, son intensité, la facilité ou la difficulté du traitement de la maladie provocatrice.

Tout étant égal d'ailleurs, la maladie sympathique est, dans ses commencements, plus facile à déloger qu'une maladie idiopathique et même qu'une maladie symptomatique, à cause de sa mobilité plus grande et de la lenteur relative avec laquelle les désordres

anatomiques se forment. On profitera du moment favorable, et on s'efforcera d'arrêter la maladie sympathique dès ses premiers pas.

Trois choses sont à considérer dans le traitement : 1° la lésion provocatrice ; 2° la maladie provoquée ; 3° l'état de la sensibilité qui constitue le trait d'union.

L'indication principale vient de la lésion provocatrice. Supprimez cette maladie, et l'accident sympathique qui en est la conséquence disparaîtra à son tour. J'ai parlé de cas embarrassants, de diagnostics difficiles ou impossibles avec les données ordinaires. L'effet des essais thérapeutiques peut dissiper ces obscurités, en dévoilant l'existence de relations sympathiques. Je me contente du fait suivant, comme exemple du secours que les essais d'un traitement basé sur une hypothèse de ce genre peuvent apporter au diagnostic.

Le *Journal des connaissances médico-chirurgicales*[1] raconte l'observation d'un enfant atteint d'héméralopie. Pas d'autres symptômes que ceux de cette maladie, qu'on traitait inutilement de toutes les manières. On se rappela que jadis cet enfant avait eu une maladie vermineuse, et l'on supposa que des vers intestinaux, bien que rien ne l'indiquât, pouvaient être la cause provocatrice de l'héméralopie. En manière d'essai, on prescrivit les anthelminthiques, et le succès de ce moyen fit reconnaître la nature sympathique de la maladie.

Quand la lésion provocatrice est un stimulus matériel, le traitement est chirurgical : enlèvement d'un corps étranger, d'une tumeur, redressement d'un utérus dévié.

J'établis donc, sans insister davantage, que le traitement de la lésion provocatrice est le premier en importance. Mais ce traitement n'est pas toujours possible ; il exige un certain temps ; ou bien la provocation est inconnue, et la maladie provoquée peut devenir dangereuse, soit qu'elle conserve, soit qu'elle perde son caractère sympathique. Il est manifeste que les indications fournies directement par cette maladie doivent alors être satisfaites les premières, et avec d'autant plus d'énergie que, par son siége et par sa nature, elle présentera de la gravité.

En même temps agissez sur le sujet, si vous avez lieu de croire,

[1] *Journal des connaissances médico-chirurgicales*, septembre 1835, pag. 110

et cela a lieu principalement dans les sympathies à conséquences morbides générales, que l'exubérance de la sensibilité, une prédisposition spéciale de l'ensemble, entrent en part dans la production du phénomène.

Comme partout, la maladie étant incurable, on est réduit à une thérapeutique palliative. C'est un des procédés de cette thérapeutique que l'on emploie lorsque, pour empêcher une attaque d'épilepsie, on pratique la ligature d'un membre au-dessus du point de départ de l'*aura*. En interceptant provisoirement le courant sensitif, l'impression déterminante ne parvient pas au centre nerveux. Une pareille pratique est interdite quand il n'y a pas d'*aura*, ce qui est commun; elle n'est guère possible que sur un membre, aussi son application se réduit-elle à un bien petit nombre de cas.

Je n'ai pas épuisé l'histoire des sympathies. Il est d'autres faits où les choses se passent différemment quant aux résultats. On voit parfois le mal provoqué faire disparaître ou atténuer le premier par antagonisme. L'événement est heureux si le sujet gagne au change. Cela arrive d'ordinaire quand le déplacement a lieu des parties profondes vers la périphérie. Nous apprécierons plus tard (voir *Épispase*) le parti que le praticien tire des sympathies, en provoquant au dehors des scènes pathologiques susceptibles de dégager les parties internes.

Les déplacements qui se font de la périphérie vers le centre, ou généralement d'une partie moins importante vers une autre qui l'est davantage, constituent un sujet spécial qui sera traité sous le nom de *métastase*.

Je termine par le tableau suivant, qui résume les traits caractéristiques des maladies considérées selon leur indépendance ou leur dépendance réciproques :

Maladie idiopathique. — L'état morbide est primitivement ou consécutivement indépendant d'un autre état morbide. Une affection, une réaction sont idiopathiques quand, ayant rompu leurs liens avec leur cause provocatrice, elles existent par elles-mêmes;

Maladie essentielle. — C'est toujours une affection idiopathique; par conséquent elle est le produit immédiat d'un état morbide de l'ensemble. Les tentatives faites pour expliquer la maladie par une lésion d'organe n'ont pas jusqu'à présent abouti;

Les *maladies symptomatiques*, les *maladies sympathiques*, dé-

pendent d'une autre maladie qui suggère l'indication principale. Elles se distinguent de la façon suivante :

La maladie symptomatique provient naturellement de l'extension, du développement d'une même maladie. Les différences remarquées entre elle et la maladie-mère ne sont qu'apparentes. En réalité, la maladie symptomatique est comme la branche qui naît de la tige. De même qu'une seule tige peut porter plusieurs branches, ainsi d'une seule maladie peuvent sortir plusieurs maladies symptomatiques.

La maladie sympathique est en dehors de la forme générique de la maladie primitive. Elle est un fait de sensibilité se produisant entre deux organes unis par des liens particuliers. Elle est une déviation, une complication, et non une succession légitime. Une maladie sympathique dépend parfois d'une provocation malfaisante se faisant sentir sur une partie sans y déterminer aucune altération morbide appréciable. La maladie symptomatique, au contraire, est toujours et nécessairement précédée par une autre maladie.

CHAPITRE VI.

RAPPORTS DE COEXISTENCE DES MALADIES.

Pour comprendre la nature de ces rapports, il faut avoir une idée de la maladie évoluant seule, de la maladie *simple*, selon l'expression consacrée par l'usage.

ARTICLE PREMIER. — MALADIES SIMPLES.

Le mot *simple*, appliqué à la maladie, n'est exact que d'une façon relative. Rigoureusement il n'existe pas de maladie simple, puisque chacune présente sa cause interne et ses actes manifestateurs. Ceux-ci sont très-souvent multiples et divers. Quant à la cause interne, tout ce qu'on peut en dire, c'est qu'elle est simple si nous en jugeons par la pratique. L'est-elle en réalité ? A cet égard, les doutes sont permis. Les choses ne sont, pour nous, que ce qu'elles paraissent, d'après l'expérience. Quelles sont les maladies simples? en d'autres termes, quels sont les éléments morbides? Cette partie de la question est réservée, et sera traitée plus tard, à propos de la thérapeutique.

J'appelle *simples*, les maladies dans lesquelles on ne trouve que les phénomènes qui leur sont propres et qui proviennent d'un même état morbide. Une plaie, une rougeole, une fièvre intermittente, une pneumonie inflammatoire, etc., sont dites simples lorsqu'elles parcourent leurs périodes sans présenter rien qui leur soit étranger. Les actes morbides qui composent ces maladies forment évidemment une série homogène. Le même état morbide, la même action causale les produit, préside à leur succession, et les unifie malgré les différences qu'ils peuvent présenter.

C'est l'unité de l'état morbide qui fait la simplicité des maladies. Si l'on ne tient compte que des phénomènes sensibles, la définition de la maladie simple présente des difficultés insurmontables. On a essayé et l'on a dit que la maladie simple était celle qui ne se composait que d'une *circonstance*. La névralgie, ne présentant que la *circonstance* douleur, est citée comme exemple. *Circonstance* est évidemment ici synonyme de phénomène.

Je fais remarquer qu'il existe des névralgies où il n'y a que le phénomène douleur, et qui ne sont pas simples ; témoin les névralgies intermittente, rhumatismale, etc. J'ajoute que, d'après les termes de la définition, bien peu de maladies seraient simples. Ne pourraient pas l'être, en effet, la variole, la syphilis, la scrofule, et toutes celles en très-grand nombre qui, simultanément ou par succession, présentent des phénomènes différents les uns des autres. Une définition contenant une pareille conséquence est inadmissible; c'est faire fausse voie que de chercher la notion de la simplicité du côté des manifestations pathologiques, sans aller au-delà. Je crois formuler la pensée commune à tous les praticiens, en disant que la simplicité des maladies doit être établie sur la simplicité de leur cause interne.

D'après cela, un acte morbide s'ajoutant aux précédents n'altérera pas la simplicité d'une maladie, s'il n'est pas de provenance étrangère, s'il est le produit d'un développement naturel de cette maladie. Il ne faut pas être surpris si certaines maladies sont graves et même mortelles, quoique étant parfaitement simples : phthisie, rage, cancer, etc.

Simplicité, *bénignité*, n'expriment donc pas la même idée ; cependant la simplicité est toujours relativement un bien. Tout étant égal d'ailleurs, une maladie simple a un dénoûment plus souvent heureux ; son diagnostic, son traitement sont plus faciles.

La maladie peut être simple à son commencement et perdre cette qualité à toutes les époques de sa durée. L'inverse a lieu de la même manière.

Une maladie n'est pas simple quand elle contient des choses qui sont en dehors de sa nature ; mais la question de savoir, en pratique, si telle chose est ou n'est pas en dehors de la nature d'une maladie, est parfois embarrassante. Soit une fièvre éruptive présentant à ses débuts des symptômes de spasme plus accentués qu'à l'ordinaire : est-ce là une maladie simple ? Oui, si ces symptômes de spasme ne sont pas intenses, s'ils ne nuisent pas à l'éruption, s'ils se dissipent d'eux-mêmes pour ne plus revenir; non, dans les cas contraires. Un certain degré de spasme est normal à la première période des fièvres éruptives, comme de beaucoup d'autres maladies, et quand il reste dans la mesure, il n'en altère pas la simplicité. Si au contraire il dépasse cette mesure, on est obligé de le rattacher à un état morbide spécial, distinct de celui de la maladie, et alors celle-ci n'est pas simple. Or, comme il s'agit ici de plus ou de moins, on comprend que tel cas se présente où le praticien ne pourra se prononcer ; indécision inévitable, qui d'ordinaire n'a aucune conséquence fâcheuse.

ARTICLE II. — MALADIES COÏNCIDENTES.

Les maladies *coïncidentes* sont celles qui existent simultanément sans s'influencer, chacune parcourant ses périodes comme si elle était seule. Par conséquent, le fait de la *coïncidence* n'altère pas la *simplicité* d'une maladie.

Le plus souvent les maladies coïncidentes sont locales, à sphère d'action limitée ; exemples : cataracte et hydrocèle, anévrisme et lipôme, etc.

Il n'est pas nécessaire que les maladies soient locales. Une des deux peut être générale, et présenter cependant une nature tellement étrangère à celle de l'autre, qu'elles ne peuvent s'atteindre réciproquement. Tels seraient par exemple, l'un par rapport à l'autre, un corps fibreux de la matrice et une fièvre catarrhale. On rencontre même des cas dans lesquels deux maladies générales chroniques (scorbut et syphilis) évoluant sur le même sujet, conservent leur indépendance, leur simplicité, et cèdent chacune à son traitement approprié. Cela ne se passe pas toujours ainsi, et

plus d'une fois les deux diathèses s'unissent assez pour être solidaires l'une de l'autre.

La nature connue des deux maladies coexistantes permet de prévoir, avec de suffisantes probabilités, ce qui se passera. Étant donné un catarrhe bronchique chez un scrofuleux, il gardera difficilement sa simplicité, et l'on ne sera pas surpris s'il passe à l'état chronique. Chez un cancéreux, au contraire, il échappera à l'action de la diathèse et suivra sa marche ordinaire à la façon des maladies coïncidentes.

Les solutions de continuité (plaies, fractures), chez un sujet atteint de diathèse, tantôt conservent, tantôt perdent leur simplicité. Ce dernier cas arrive surtout quand la diathèse est avancée. Avant l'époque de la cachexie, la solution de continuité n'est pas influencée par la diathèse. Il y a toutefois d'assez nombreuses exceptions à cette règle, exceptions qui ne peuvent être prévues. Deux individus syphilitiques au même degré sont blessés. Chez l'un, la plaie subira l'influence de la diathèse; chez l'autre, la plaie restera simple, et guérira comme à l'ordinaire.

L'influence des maladies générales aiguës et intenses sur les solutions de continuité est inévitable. Tout le monde sait qu'elle nuit à la synergie médicatrice. Une plaie est simple si elle ne provoque que la réaction nécessaire à sa guérison. Il n'en est plus de même si la réaction est excessive. La réaction est alors le trait d'union des maladies locales entre elles et avec les maladies de l'ensemble.

Une maladie ayant pour siége une partie déjà malade d'une autre manière, garde difficilement sa simplicité. Toutefois, l'expérience a prouvé que la plaie d'un membre paralysé se cicatrice aussi bien que si elle se trouvait sur un membre tout à fait sain.

En résumé, les maladies qui sont locales et qui ont un siége différent sont coïncidentes. Les autres, les pyrexies surtout, tendent d'autant plus à s'influencer qu'il existe plus d'affinités dans l'état et dans les actes morbides. L'expérience renseigne sur ces affinités, dont je vais faire connaître les principales.

ARTICLE III. — MALADIES ASSOCIÉES.

J'appelle maladies *associées* celles qui se touchent par quelques points, de manière à perdre leur simplicité. Les maladies peuvent s'associer de deux manières : par *composition*, par *complication*.

§ I. Maladies composées.

Les maladies *composées* sont constituées par deux ou plusieurs états morbides réunis intimement, solidaires l'un de l'autre, de manière à former un tout unitaire, homogène, une espèce morbide classée à part dans les ouvrages de pathologie spéciale.

Cette fusion rappelle les composés chimiques, résultat de la combinaison de substances simples et formant un corps distinct exigeant une étude spéciale.

De part et d'autre les éléments composants sont nécessaires; si l'un manque, la maladie, comme le composé chimique, n'existe plus.

Par suite de l'imperfection de l'analyse pathologique et du défaut d'accord sur les éléments morbides, je ne crois pas possible d'arrêter aujourd'hui la liste des maladies composées, pas plus que celle des maladies simples. Je prendrai quelques exemples où la composition me semble incontestable, et qui serviront à faire comprendre ma pensée.

Je tiens pour maladies composées : la chlorose, la grippe, la fièvre jaune, le *causus* des anciens, etc. Ce sont certainement des espèces à part; j'ajoute qu'elles sont formées de plusieurs états morbides combinés et non compliqués.

En étudiant la chlorose dans son étiologie, dans ses actes morbides, dans son traitement, on est autorisé à reconnaître en elle deux lésions dynamiques initiales, l'une portant principalement sur l'appareil nerveux, l'autre sur l'appareil de l'hématose. C'est en cela que la chlorose diffère de l'anémie, dans laquelle les névropathies manquent ou sont consécutives à l'appauvrissement du sang. La chlorose n'est pas davantage une névropathie. Elle est donc composée de deux états morbides pouvant exister séparément. Pour qu'il y ait chlorose, il faut que ces deux états soient réunis. Je rattache à l'un ce qui est nerveux, à l'autre ce qui est anémique. Que l'un disparaisse, et il n'y a plus chlorose. Chacun, dans un

cas particulier, peut être ou n'être pas prépondérant, l'être à des degrés divers, mais jamais il n'efface complètement l'autre. Le traitement doit être toujours arrangé de façon à ce que les deux éléments soient combattus simultanément, selon le degré d'intensité de chacun. Ce sont là tous les caractères d'une association par fusion de deux espèces morbides qui, prises isolément, ne sont pas la chlorose.

L'analyse clinique de la grippe révèle qu'il y entre deux états morbides, l'un nerveux, l'autre catarrhal. L'expérience thérapeutique démontre aussi qu'il s'agit encore d'une association par fusion.

La fièvre jaune est-elle une maladie composée? C'est, je crois, l'opinion de la majorité. Quels en sont les éléments composants? Je pense, avec beaucoup de praticiens, que ce sont une affection bilieuse et une affection ataxo-adynamique. Tout le monde certainement ne partage pas cet avis ; mais, je le répète, on croit généralement que la fièvre jaune est une espèce composée.

Ces exemples me paraissent suffire pour le but que je me propose en ce moment.

Une maladie composée étant une espèce morbide distincte, si elle existe seule, sans rien qui lui soit étranger, ce sera une maladie simple, susceptible, dans certains cas, de se montrer compliquée. Il y aurait donc deux genres de simplicité dans les maladies : celle où l'état morbide est indécomposable (simplicité vraie), celle où l'état morbide est unitaire, mais décomposable en deux ou plusieurs autres états morbides (simplicité relative). Pour admettre des maladies composées qui sont simples, il faut détourner le mot *simple* de son sens habituel, et s'en servir pour désigner toute espèce morbide *une* et évoluant sans subir l'influence d'une autre maladie.

Il a paru convenable, lorsqu'on a reconnu la *composition* d'une maladie, de remplacer, à l'exemple des chimistes, son nom ancien par un autre indiquant la nature de ses éléments. C'est ainsi que le *causus* a été appelé fièvre bilieuse-inflammatoire. Le rang donné à chacune de ces épithètes n'est pas indifférent, nous l'avons vu. Celui qui dit fièvre bilieuse-inflammatoire annonce que, dans sa pensée, la fièvre est plus bilieuse qu'inflammatoire. Ce serait le contraire si on disait fièvre inflammatoire-bilieuse.

On n'a pas, que je sache, essayé d'introduire dans la science

le mot *névro-anémie* en remplacement de chlorose, ni de dire *névro-catarrhe* au lieu de grippe. Je ne vois pas la nécessité de changer les expressions anciennes par de nouvelles. Pour peu que celles-ci rencontrent de la résistance, il faut les abandonner. Le pire de tout entre savants, est de ne pas parler la même langue.

D'ailleurs, je l'ai déjà dit, les résultats de l'analyse clinique ne réunissent pas, il s'en faut, l'unanimité des suffrages. Nos démonstrations en ce genre ne sont pas de nature à convaincre tous les esprits. En chimie, où il est bien plus facile de s'entendre, on emploie encore le nom *kermès minéral* plutôt que de se servir d'une expression plus significative, mais d'une exactitude paraissant encore douteuse. Cette réserve est très-sage en matière de pathologie.

Quelques expressions analogues à celles dont les chimistes se servent pour désigner les corps composés, bien qu'elles soient adoptées par l'usage, n'ont pas pour tous le même sens; par exemple: rhumatisme goutteux, goutte rhumatismale. Pour les uns, c'est une fusion de deux espèces morbides distinctes, une vraie *composition*; pour les autres, c'est une *complication*; pour ceux enfin qui ne séparent pas la goutte du rhumatisme, il s'agit seulement d'une forme particulière de la même maladie, d'une maladie simple.

Ces dissentiments ne doivent pas nous rendre incrédules à l'endroit des maladies composées; c'est une raison, au contraire, pour tâcher de les mieux comprendre, pour les étudier de plus près. Évidemment, c'est du côté des affections qu'il faut chercher ces maladies; là seulement peut exister une combinaison réciproque des éléments composants. Nous verrons tout à l'heure que l'association des maladies réactives et des maladies locales ne va pas plus loin que la complication.

Pour que deux affections s'unissent de manière à former une maladie composée, il est nécessaire qu'elles soient attirées l'une vers l'autre par des affinités suffisantes. Certaines affections sont antagonistes, et ne peuvent pas se fusionner. Telles sont, par exemple, l'affection inflammatoire et l'affection ataxo-adynamique. On voit la seconde succéder à la première, mais leur coexistence simultanée et, à plus forte raison, leur fusion pour constituer une maladie unitaire, sont impossibles. Quelques affections dites spécifiques (cancer, rage, variole, etc.) ont une nature trop personnelle, trop hétérogène pour pouvoir se combiner avec une

autre maladie. Nous verrons, dans le paragraphe suivant, qu'on ne peut en dire autant de l'association par complication.

Une maladie est *composée* dès son début ou le devient plus tard. Dans ce dernier cas, elle a changé de nature. Tel serait un catarrhe qui, chemin faisant, se combinerait avec l'élément nerveux. La proportion de l'élément nouveau-venu peut être d'abord faible, et augmenter ensuite. C'est ainsi que l'on voit fréquemment les éléments inflammatoire, adynamique, intermittent, préluder, puis prendre progressivement des forces, et acquérir une prépondérance que le praticien habile prévoit, au grand avantage du patient.

Il est parfois difficile de se prononcer sur le degré d'intimité de l'association de deux états morbides. Un catarrhe présente des symptômes de spasme; est-ce une grippe ou bien un catarrhe compliqué d'accidents nerveux? En pathologie pratique, la limitation des frontières est toujours embarrassante. Il est prudent, du reste, de réserver l'examen de ce problème pour le moment où les différences existant entre la *composition* et la *complication* seront connues du lecteur.

§ II. **Maladies compliquées.**

La *composition* et la *complication* sont une même chose aux yeux de ceux qui considèrent comme compliqué tout ce qui n'est pas indécomposable. Une pareille définition confond des faits trop différents pour qu'on puisse s'en contenter. C'est lorsqu'un cas est complexe, qu'on a intérêt à savoir quels sont les modes de complexité qu'il présente.

Les mots *compliqué, complication,* ont un sens large et vulgaire et un sens étroit et rigoureux. Le premier nuit souvent au second. Ainsi, on dit habituellement qu'une machine à vapeur est compliquée parce que la multiplicité des organes qui la composent en rend l'étude difficile. Selon la même idée, on admet la complication de la grippe, de la fièvre jaune, de la chlorose, etc. Mais, si une machine à vapeur est remarquable seulement par la multiplicité des rouages qui la constituent, il faut bien distinguer cette *complexité* de la *complication* qu'apporte au fonctionnement régulier de ces rouages la présence d'un obstacle quelconque.

Dans sa signification rigoureuse, le mot *complication* exprime la réunion de deux choses, réunion d'où résulte, pour les deux ou pour l'une d'elles, un embarras à leur évolution normale. Ce mot

implique un événement fâcheux et se prend en mauvaise part; c'est ce qu'on fait entendre quand on dit *compliquée* une affaire embarrassée d'incidents étrangers. Pareillement, on dit qu'un crime, un malheur sont compliqués, lorsque des événements surajoutés en augmentent le mystère ou la gravité.

En pathologie, les médecins ont souvent occasion d'employer le mot complication de cette dernière façon. Une maladie se joint accidentellement à une autre, en entrave la marche et en rend la solution difficile: c'est une complication.

Parfois, néanmoins, l'intervention d'une seconde maladie est heureuse; cela s'appelle alors maladie *critique*, et non maladie compliquante. M. Monneret[1] manque d'exactitude en définissant la complication: *le développement d'une ou de plusieurs maladies dans le cours d'une autre maladie*. Cela ne suffit pas, il faut que les deux maladies soient plus que coïncidentes, qu'elles ne se fusionnent pas de manière à former un tout unitaire; il faut aussi que la maladie nouvelle influence l'autre, et qu'elle l'influence en mal. Des maladies coïncidentes, une maladie composée, ne sont pas des complications; et l'on ne parlerait pas correctement si l'on disait d'une pneumonie jugée et guérie par un érysipèle, qu'elle a été compliquée par ce dernier. Les comparaisons prises dans de justes limites servent à faire comprendre les idées un peu difficiles. Un corps qui, introduit dans une machine, empêche le jeu des rouages, donne l'idée de la complication; l'huile qui favorise l'action de ces rouages est l'équivalent de ce qu'est en pathologie une maladie qui aide à la solution d'une autre.

Je crois avoir indiqué une caractéristique exacte de la *complication*; ceux qui l'admettront en distingueront sans peine la *composition*. Une maladie composée est unitaire, et par conséquent simple; une maladie compliquée est une maladie gênée par une autre dans son évolution naturelle: ce sont par conséquent deux maladies différentes. Une maladie *composée*, ne formant qu'un tout, peut accidentellement se *compliquer*, et perdre alors sa simplicité relative.

Tous les états morbides, pourvu qu'ils soient susceptibles d'être influencés ou d'influencer eux-mêmes, sont la matière de la complication. Beaucoup se comportent ainsi; c'est pourquoi la complication est si fréquemment observée.

[1] Monneret: *Traité de pathologie générale*, tom. I, pag. 241.

La maladie compliquante peut être deutéropathique, c'est-à-dire d'une date postérieure à celle de la maladie compliquée. On aurait tort de faire de cette circonstance une condition de rigueur. Une maladie peut être compliquée dès son début; exemple : une péripneumonie, une fièvre exanthématique apparaissant en même temps qu'un embarras gastrique. La maladie compliquante peut même être antérieure à la maladie compliquée : plaie, fracture subissant l'influence d'une diathèse syphilitique, scrofuleuse, scorbutique. Il n'y a pas de limite de temps pour la complication.

Ne confondez pas la complication avec l'extension, le développement naturels d'une maladie. Une variole, un rhumatisme multipliant leurs produits, ne sont pas compliqués tant que tout ce qui s'y trouve leur appartient en propre. Sans doute alors, le mal s'aggravant, le traitement sera plus difficile. Le vulgaire dira que l'état du malade se *complique;* le médecin n'admet l'existence d'une *complication* que si l'aggravation est la conséquence de l'intervention d'un autre état morbide non fusionné, antagoniste à un degré quelconque. Tels sont une variole, un rhumatisme associés avec une fièvre bilieuse, une fièvre ataxo-adynamique.

La complication est un fait en dehors de la maladie, qui en disparaissant laisse celle-ci entière et lui permet de parcourir plus régulièrement ses phases naturelles, bonnes ou mauvaises.

La complication étant connue dans sa généralité, étudions-la dans les principaux ordres de maladie.

I. Complications entre affections.

Selon les circonstances, les affections s'unissent par composition ou par complication. Il est parfois difficile de distinguer ces deux choses. Dans les cas douteux, la vérité se découvre par l'événement *à posteriori.* Si l'une des affections ayant cédé à son traitement approprié, l'autre reste entière, et, d'abord empêchée, poursuit ensuite sa marche accoutumée, c'était simplement complication. Si au contraire la disparition de l'une entraîne celle de l'autre, si les deux affections persistent jusqu'à la fin, visiblement solidaires l'une de l'autre, ne faisant qu'une seule maladie, alors la composition est évidente. Il y a, ai-je dit, des cas douteux; mais le mal n'est pas grand en pratique, pourvu que les deux affections soient reconnues et traitées convenablement.

Quand l'une des affections est spécifique, la complication est probable. Elle est certaine dans le cas où l'affection spécifique est aiguë. Les fièvres exanthématiques se compliquent fréquemment avec les affections inflammatoire, bilieuse, catarrhale, ataxo-adynamique. Elles peuvent se compliquer avec une autre fièvre exanthématique (rougeole et variole), avec elles-mêmes (variole et variole); mais elles sont trop personnelles et trop réfractaires pour céder quoi que ce soit de leur nature, et persistent jusqu'à la fin, quel que soit le succès du traitement adressé à la maladie annexée. Toute idée de combinaison, de solidarité, doit donc être écartée, en ce qui les concerne.

Les affections spécifiques chroniques sont moins rebelles à la composition. Assez souvent, le rhumatisme et la goutte, la syphilis et le scorbut, la syphilis et la scrofule, etc., se fusionnent de manière à constituer une vraie maladie composée. Les praticiens expérimentés reconnaissent des cas complexes où, par suite d'influences héréditaires ou de l'action multiple des causes morbifiques, les affections herpétique, scrofuleuse, syphilitique, etc., sont mêlées intimement entre elles. Ces cas ont une pathogénie obscure et constituent de véritables maladies composées, dont une sagacité exercée reconnaît seule les vraies indications. Beaucoup de maladies rebelles, beaucoup de lésions organiques, ont ainsi des racines multiples qu'il serait très-important de reconnaître, mais qui échappent au praticien moins clairvoyant.

Il est digne de remarque que les affections spécifiques chroniques sont moins sujettes à la complication que les aiguës. La syphilis, la scrofule, la goutte, le rhumatisme, le scorbut, le cancer, sont habituellement des maladies solitaires, poursuivant leur marche sans se laisser influencer par les affections intercurrentes; et même, si l'on consulte la statistique, les personnes atteintes de ces maladies cèdent moins souvent que les autres à l'influence des causes morbifiques intercurrentes.

Tirons de là cette conclusion que les affinités qui président à la complication et celles qui président à la composition, ne sont pas identiques, et qu'il convient d'admettre la distinction que je propose entre les maladies compliquées et les maladies composées.

II. Complications entre une affection et une maladie générale subactive ou réactive.

Évidemment, une *subaction* de l'ensemble portée au point de priver le sujet des forces nécessaires est une complication. Tout étant égal d'ailleurs, elle est plus dangereuse pour les affections pyrétiques aiguës. Sous cette influence, les fièvres et les localisations qui en proviennent prennent un mauvais caractère. C'est l'ataxie, c'est l'adynamie que l'on retrouve presque toujours à la fin de ces maladies quand elles doivent être mortelles, et qui, à leur dernière période, les rendent toutes semblables. L'ataxo-adynamie survenant, tout s'efface devant elle ou en reçoit l'empreinte.

A l'égard des affections chroniques, la subaction a des conséquences moins graves. Dépourvue du caractère ataxique, elle se réduit à une adynamie dont les progrès sont lents, et qui s'appelle *faiblesse*. La faiblesse portant sur les forces radicales est toujours un fait fâcheux ; elle gêne les mouvements médicateurs, pousse la maladie vers ses tendances mauvaises et hâte le dénoûment fatal.

Les *réactions*, qu'elles aient pour siége principal l'appareil vasculaire ou l'appareil nerveux, sont pour les affections fébriles une sérieuse complication. Les deux maladies se mettent à la traverse l'une de l'autre. Un double travail est imposé au système, use les forces. Pour peu que le cas soit grave, il n'est pas surprenant que la complication dont je parle amène après elle la subaction et l'ataxie.

Encore peu avancées, les affections chroniques sont moins accessibles à ce genre de complication. Celles qui y cèdent le plus souvent sont les affections goutteuse, rhumatismale, scrofuleuse, scorbutique. Parvenues à la période cachectique, toutes sont égales sous ce rapport. Dans cet état délabré de l'économie, une réaction de l'ensemble est toujours une grave complication qui se fait sentir aux deux maladies.

III. Complications entre maladies locales.

Une maladie locale peut influencer une autre maladie ou en être influencée. Cela arrive dans deux cas distincts : ou bien les maladies ont un siége différent, ou elles ont le même siége. Dans le premier cas, les maladies s'atteignent par l'intermédiaire de l'ensemble. Cela s'explique très-bien quand il y a une réaction

générale, ou simplement une sympathie unissant par condoléance les deux organes malades. Un autre mode de complication de ce genre est celui qu'on appelle *distraction des forces*. Il y a distraction des forces dans une plaie compliquée d'indigestion.

Une maladie locale survenant pendant le cours d'une maladie générale peut être modifiée et même assimilée par cette dernière.

Les maladies ont-elles le même siége, la complication est aisée à concevoir : plaie compliquée de corps étranger, d'hémorrhagie, d'inflammation, de pourriture d'hôpital, etc.

Toute scène pathologique locale ou localisée qui a pour siége un organe déjà soumis à l'influence d'une lésion antérieure, rencontre des obstacles à son évolution favorable et passe ainsi à l'état de complication : fracture d'un os altéré par l'âge, par une diathèse; catarrhe bronchique sur un poumon emphysémateux, etc., etc.

J'ai parlé tout à l'heure des complications entre maladies ayant un siége différent. Ceci demande une explication. Deux maladies qui se compliquent doivent se toucher d'une manière quelconque. Or, le point où elles s'atteignent leur est commun, et là elles doivent être considérées comme ayant même siége. Une plaie ne complique rien par elle-même, mais par les sympathies qu'elle provoque. Pareillement, pour qu'une plaie soit compliquée, il faut que l'empire d'une autre maladie s'étende sur le lieu où cette plaie se trouve. Il est donc vrai de dire qu'une complication implique une similitude au moins partielle de siége, si l'on fait entrer dans la notion de siége toutes les parties incluses dans la sphère d'action dynamique d'une maladie.

Certaines complications généralement admises échappent à cette règle; mais ce ne sont pas de vraies complications. Toutefois l'usage veut qu'on les appelle ainsi, avec, ce me semble, de suffisantes raisons. On dit qu'il y a complication lorsque sur le même œil se trouvent une cataracte et une amaurose, lorsque le même os est à la fois luxé et fracturé, etc. La cataracte et l'amaurose, la fracture et la luxation, ne reçoivent l'une de l'autre aucune influence; par conséquent, la complication telle que je l'ai définie ne se trouve pas là. Mais il a paru naturel d'appeler *compliqué* l'état dans lequel un organe atteint de deux maladies est certainement dans une situation plus grave que s'il n'en avait qu'une seule. En outre, la guérison de l'une des maladies exigeant préalablement celle de l'autre, la tâche du médecin en devient plus difficile.

Dans les exemples cités, le traitement de la luxation, qui doit passer le premier, est hérissé d'obstacles par suite de la fracture de l'os ; pour que la cataracte soit opérée avec succès, il faut débarrasser le sujet de son amaurose, ce qui, dans bien des cas, n'est pas un mince travail. Il y a donc ici, comme dans la vraie complication, nécessité de faire disparaître une maladie avant d'entreprendre la cure d'une autre ; par conséquent la difficulté thérapeutique est plus grande. Cette ressemblance justifie suffisamment le mot complication appliqué aux cas de ce genre et à ceux du même ordre. En définitive, l'idée la plus générale d'une complication est celle d'un événement étranger, indépendant, et dont il faut habituellement débarrasser le sujet avant de songer au traitement de la maladie compliquée.

En terminant cette énumération des principaux modes de complications, je demande quelle est, entre deux maladies ainsi liées, la *compliquante*, la *compliquée*. Question de pur langage, qui ne mérite pas qu'on s'y arrête longtemps.

La pensée la plus naturelle a été de considérer comme *compliquante* la maladie seconde en date, la deutéropathique. Souvent il en est ainsi, mais non toujours. Un embarras gastrique peut précéder une péripneumonie, et pour nommer la maladie qui résultera de cette union on dira : péripneumonie compliquée d'embarras gastrique, et non : embarras gastrique compliqué de péripneumonie. Instinctivement, en effet, on nomme d'abord la maladie la plus importante.

Une seconde considération est déterminante. La maladie la plus influencée est celle qui est dite compliquée ; pour ce motif, ce sera l'entorse qui sera compliquée chez un scrofuleux, le catarrhe bronchique qui sera compliqué chez un sujet à poumon emphysémateux, etc.

Une considération qui domine tous ces faits, est de savoir la maladie qui doit être traitée la première. Évidemment c'est celle qui apporte le plus de périls par elle-même ou par l'influence qu'elle exerce sur l'autre. Cette maladie sera la *compliquante*.

Il est donc important de combattre au plus tôt les complications et de les prévenir du mieux qu'on le peut. Il faut pour cela en connaître l'étiologie.

La même cause peut amener plusieurs maladies qui se compliquent. Un os est simultanément luxé et fracturé. L'instrument

qui a produit une plaie ouvre un gros vaisseau, séjourne dans les tissus, et ajoute à la plaie les inconvénients d'une hémorrhagie, de la présence d'un corps étranger, etc. Ce sont là des effets nécessaires. Le cas est également fréquent où une même provocation, agissant dynamiquement et rencontrant des prédispositions favorables, est suivie de deux ou de plusieurs maladies naissant au même moment. Le plus souvent la complication est consécutive, et l'on sait combien il est utile de la prévoir. Grave et vaste problème qui va m'arrêter un instant.

Dans quelles conditions extérieures ou internes se trouve le sujet au moment où il contracte une maladie ? En quoi ces conditions sont-elles modifiées par le fait de la présence de cette maladie? Plus on peut répondre exactement à ces questions, mieux on est à même de prévoir les complications. Cela se réduit à connaître les prédispositions actuelles du sujet, les causes morbifiques auxquelles il s'est exposé, et les conséquences que la maladie entraînera.

Le médecin sera éclairé sur ces divers points, par la notion qu'il a de l'âge, du tempérament, de l'idiosyncrasie, des qualités héréditaires, des maladies passées. Il appréciera aussi les prédispositions qui viennent des habitudes hygiéniques, des maladies régnantes. La maladie a-t-elle pour siége une partie convenablement appropriée à sa nature : dans ce cas, la complication de ce côté n'est pas probable ; mais en est-il autrement, n'importe la cause, les complications deviennent très-possibles, et trop souvent inévitables. Il n'est pas nécessaire pour cela que la maladie occupe une partie déjà altérée ; il suffit qu'elle siége dans un organe associé à d'autres organes pour remplir une même fonction. C'est ainsi qu'un catarrhe bronchique, chez un individu atteint d'une lésion du cœur, est accompagné de palpitations, d'étouffements, qui en compliquent la marche. Rien de plus facile à expliquer, si l'on se rappelle la solidarité fonctionnelle existant entre le cœur et les poumons.

Tout individu malade est affaibli, et, sous ce rapport, il est devenu plus susceptible de céder à l'action de certaines causes morbifiques. Lors donc qu'il subira des provocations un peu énergiques, on ne sera pas surpris si la maladie correspondant à la provocation vient compliquer celle qui existe déjà. Tout le monde sait qu'un blessé soumis à une vive émotion morale est particulièrement exposé aux accidents nerveux ; que s'il vit dans un air marécageux,

il contractera la fièvre d'accès plus aisément qu'un autre. C'est ainsi encore qu'une fièvre exanthématique s'associe ordinairement avec la maladie régnante, saisonnière ou épidémique. Le sujet résistait auparavant, la maladie l'a désarmé.

Mentionnons, en outre, les complications provenant de l'exagération des phénomènes qui font partie de la maladie. Au début des maladies aiguës, c'est le spasme qui domine, puis surviennent un orgasme vasculaire, et enfin la détente, le travail critique, l'appauvrissement des forces. Si des causes particulières donnent à quelqu'un de ces états divers un accroissement démesuré, ou bien le concentrent vicieusement sur un organe, il en résultera des complications qui peuvent être très-graves et qui sont souvent mortelles. Redoutez donc l'excès du spasme dans la première période des fièvres, la fluxion et la phlegmasie dans la deuxième période, et dans la troisième la faiblesse, les difficultés, la mauvaise direction de l'effort restaurateur. Toute localisation accidentelle qui se fixe sur un organe important est, à bon droit, considérée comme une complication. Telle est une pneumonie développée pendant le cours d'une fièvre inflammatoire, bilieuse, catarrhale, typhoïde, etc. La péritonite, l'hémorrhagie, suite d'une perforation intestinale, sont encore des complications dont la source réside dans l'exagération d'un phénomène appartenant à la maladie.

Des complications analogues peuvent se présenter dans les maladies chroniques. Des tubercules, par exemple, provoquent parfois des phlegmasies dans les organes que leur degré de sensibilité a rendus intolérants.

Contentons-nous enfin de signaler les retentissements sympathiques comme source de complication pendant l'évolution des maladies : délire nerveux provoqué par une blessure, convulsions suscitées par une mauvaise dentition, ophthalmie chronique, épilepsie survenant en vertu d'une lésion de l'appareil digestif, etc.

Que de portes ouvertes à la complication ! Forcé de me borner, je n'ai indiqué que les principales. Les seules limites sont celles que rencontre le corps vivant pour concevoir en même temps et réaliser plusieurs opérations morbides différentes. Parfois cependant il montre en ce genre une capacité vraiment extraordinaire. Un fait observé par de Haën est le plus remarquable que je connaisse, il est raconté dans le tome II de son *Ratio medendi*. Le voici en résumé :

Une jeune fille, en été, après un violent exercice et ayant très-chaud, but beaucoup d'eau froide et contracta une péripneumonie. A cette maladie s'ajoutèrent une dysenterie et une scarlatine. Presqu'en même temps, de Haën constata une éruption de miliaire blanche, et le lendemain du jour où la miliaire fut aperçue, il survint une variole qui couvrit le visage, le cou et les bras. Il était impossible que tant de maladies marchassent ensemble sans se contrarier ; les forces de la malade ne pouvaient d'ailleurs y suffire. La mort était inévitable et mit fin, en effet, à cette série singulière de complications.

ARTICLE IV. — ANTAGONISME MORBIDE.

L'*antagonisme* est une vaste question qui appartient à la philosophie des sciences. Il joue un rôle important et nécessaire dans l'ordre de la création. Le monde entier n'existe qu'à la condition d'actions diverses qui se font équilibre. Si le même genre d'action continuait sans obstacle, cette action se développerait outre mesure ; il faut qu'une action antagoniste la modère et la limite au degré voulu. C'est ainsi que l'attraction et la répulsion, agissant l'une à l'encontre de l'autre, maintiennent l'univers et tous les corps qui le composent dans la situation et la forme convenables. L'antagonisme est pour les forces spontanées, vitale ou psychique, une excitation indispensable. L'effort qu'exige la résistance est pour elles une excellente gymnastique, et sert merveilleusement au déploiement des énergies dont elles sont capables. C'est par l'antagonisme des fonctions que se conserve la santé. Chaque fonction s'opposant l'une à l'autre au moment marqué et avec convenance, empêche toute prépondérance funeste, et est ainsi limitée au degré où elle est le plus bienfaisante. La vie est une succession de mouvements variés, et toute mutation suppose un antagonisme. C'est par celui-ci que l'harmonie est obtenue. Dieu seul, qui ne change pas, qui est l'unité absolue, fait exception à la règle.

Dans la vie pathologique comme dans la vie hygide, le même antagonisme se retrouve remplissant la même fonction indispensable ; sans lui, l'évolution régulière d'une maladie serait inconcevable ; sans lui, sans l'utile pondération des mouvements divers, toute synergie curative deviendrait impossible.

Hâtons-nous de quitter ces hauteurs métaphysiques, et considérons l'antagonisme morbide s'exerçant dans la sphère des questions pratiques ; prenons les maladies toutes faites, sans nous occuper de ce qui en elles leur est commun avec toutes les choses créées.

Les maladies peuvent s'*opposer* entre elles de deux manières fort différentes. Dans l'une de ces manières, les causes génératrices sont incompatibles, et l'une d'elles ne naît et ne se développe qu'à l'exclusion totale de l'autre. Dans la seconde manière, les causes génératrices ne sont que modifiées ; elles s'écartent de leur action normale, ainsi que le constatent les changements remarqués dans les phénomènes.

Quand les causes génératrices de deux maladies sont en antagonisme, les unes vis-à-vis des autres, ces maladies ne peuvent pas coexister. Incontestablement les maladies qui sont la négation l'une de l'autre sont dans ce cas. Ainsi, ne peuvent coïncider en même temps et dans le même lieu, l'excitation et la subaction, l'hyperesthésie et l'anesthésie, l'anémie et la pléthore, etc. Il y a donc des causes et des phénomènes qui s'excluent réciproquement, ce sont les causes et les phénomènes dont la présence simultanée est inconcevable. *A priori*, et sans le secours de l'expérience, on est en droit d'affirmer cet antagonisme. Il ne peut en être autrement pour toutes les maladies qui s'opposent l'une à l'autre d'une manière aussi manifeste.

Existe-t-il d'autres antagonismes ayant lieu entre maladies seulement différentes entre elles, mais dont rien *à priori* ne permet d'affirmer l'incompatibilité radicale ? Pour avoir une opinion là-dessus, il faut s'adresser aux faits. Ceux-ci enseignent que cet antagonisme s'exerce fréquemment, mais non d'une façon absolue, comme celui dont je viens de parler. L'antagonisme, alors, dépend de circonstances particulières qui font que le corps vivant, déjà engagé dans une maladie, ne peut en contracter une autre, ou ne la contracte qu'aux dépens de la première. Ce qu'on pourrait alléguer en faveur d'un antagonisme nécessaire, d'une incompatibilité de nature, n'est pas admissible.

Il y a des maladies qui sont rares et même inconnues là où sévissent d'autres maladies. Tout le monde sait que chaque climat a sa pathologie dominante ; qu'une maladie fortement épidémique fait taire, ou à peu près, toutes les autres. Rien de cela n'est un

argument acceptable en faveur d'un antagonisme absolu, mais prouve seulement que les mêmes maladies se multiplient là où se trouvent les conditions les plus favorables à leur production, et qu'elles se raréfient à mesure que ces conditions font défaut. Consultez l'observation, et vous vous assurerez qu'une maladie peut, spontanément ou provoquée par des influences exceptionnelles et appropriées, se montrer dans la localité où elle est le plus rare. Il n'est donc pas permis d'admettre une impossibilité de coexistence, un antagonisme complet. Dans ce qu'on a dit de l'antagonisme des maladies marématiques par rapport à la fièvre typhoïde, à la phthisie, le vrai se réduit à ceci, que dans certains lieux les conditions qui amènent les fièvres d'accès l'emportent, en les atténuant, sur celles qui favorisent la fièvre typhoïde et la phthisie; et même est-il prouvé par l'expérience, seul juge en pareille matière, qu'il n'en est pas ainsi dans toutes les localités, attendu qu'il en existe, même un grand nombre, où la fièvre typhoïde et la phthisie marchent à côté des fièvres d'accès, et aussi fréquentes qu'à l'ordinaire; ce qui prouve que les causes de ces maladies peuvent très-bien coexister en conservant leur énergie entière, et par conséquent sans antagonisme.

En fait d'antagonisme semblable, il n'y a pas de proposition qui soit constamment et nécessairement vraie. Nous avons raison de répéter avec Hippocrate : *Febris spasmos solvit. Sanguis moderator nervorum.* Cela arrive dans les circonstances ordinaires; mais, ces circonstances changeant, non-seulement la fièvre ne dompte pas le spasme, le sang ne modère pas les nerfs, mais encore les faits ne manquent pas où la fièvre augmente et suscite le spasme, où le sang provoque l'éréthisme nerveux.

Il n'y a pas davantage antagonisme, dans le vrai sens du mot, entre les maladies des saisons. Si les maladies de l'été se substituent à celles du printemps et de l'hiver, c'est parce qu'un ordre de causes météorologiques en remplace un autre.

C'est encore de la même façon qu'il convient d'expliquer l'atténuation, la disparition de certaines maladies en même temps que d'autres envahissent la scène pathologique. Il n'est pas exact de dire que la lèpre a été chassée par la syphilis, la peste noire par l'affection catarrhale. J'admets, si l'on veut, que celle-ci a pris un accroissement considérable en même temps que la peste noire disparaissait, que la syphilis établissait son empire au moment où la

lèpre perdait le sien. Mais c'est se contenter de peu, si l'on voit là la preuve d'un antagonisme entre la lèpre et la syphilis, entre la peste noire et l'affection catarrhale. L'affaiblissement de certaines causes, la formation ou la recrudescence de certaines autres, suffisent pour tout expliquer.

Quant au fait de la difficulté qu'éprouvent certaines maladies à s'établir chez un sujet déjà malade ou qui l'a été jadis, son interprétation naturelle est que l'organisme occupé à un travail, ou modifié par une maladie antérieure, n'est pas dans les conditions étiologiques qui facilitent la formation de telles maladies. Mais que ces conditions changent, et cela n'est pas très-rare, l'incompatibilité disparaîtra.

En résumé, il est incontestable que, faute de prédispositions convenables, certaines maladies rencontrent des obstacles à leur établissement dans une collection d'individus soumis aux mêmes influences, ou dans un sujet donné. Il est encore très-vrai que plusieurs ont entre elles de faibles affinités et s'associent rarement; mais rien ne prouve un antagonisme absolu dans les causes génératrices. En fait d'antagonisme de ce genre, je ne connais que celui des maladies dont les différences, portées à l'extrême, sont la négation l'une de l'autre. L'opposition, dans le sens rigoureux du mot, n'est que là et non ailleurs.

Mais, de ce que deux maladies simplement différentes ne sont pas absolument antagonistes, il ne suit pas qu'elles ne peuvent pas se faire opposition. Au contraire, en vertu de la loi signalée au commencement de cet article, il est dans l'ordre que l'organisme s'emploie tout entier à une opération exigeant une dépense notable de forces. En conséquence, les choses étant bien disposées, une maladie intercurrente doit avorter ou chasser devant elle celle qui existe déjà. Il arrive fréquemment que l'apparition d'une maladie est le signal de l'atténuation, de l'expulsion de la précédente. Cela s'appelle *substitution*. La substitution est évidemment un fait malheureux lorsque la maladie nouvelle est plus grave; mais l'inverse s'observe très-souvent, au grand avantage du sujet. La nature emploie spontanément ce moyen puissant de guérison, et l'art s'efforce de l'imiter et de faciliter ces sortes d'entreprises. Nous verrons plus tard que la substitution figure avec honneur parmi les actions thérapeutiques les plus efficaces.

L'antagonisme des maladies est donc très-possible. Le médecin

en étudie les conditions, afin de pouvoir l'empêcher ou le favoriser selon que cela convient.

Les circonstances aidant, les deux causes génératrices ont assez de puissance pour s'exercer simultanément, et leur antagonisme consiste à se modifier l'une l'autre.

Ce sujet n'est autre chose que celui que j'ai déjà traité à propos des maladies composées et des maladies compliquées. Les maladies composées, par le fait de leur combinaison, impliquent un changement survenu dans la nature de leurs éléments composants, en ce sens que ceux-ci n'évoluent pas aussi librement que s'ils étaient seuls. Ce défaut de liberté d'action est une limitation, une espèce d'antagonisme de mauvais aloi. En général, la maladie composée est relativement grave ou rebelle. Sauf le cas de substitution heureuse, plus une maladie est simple, plus aisément elle trouve sa solution.

Si l'antagonisme de *composition* est un fait fâcheux, à plus forte raison doit l'être celui qui provient de la *complication*. Ici il n'y a pas association unitaire; les éléments se contrarient et se nuisent décidément. Les mouvements ont lieu dans des directions différentes, et pour peu que les maladies soient sérieuses ou les forces médiocres, la conséquence en est le désordre dont le plus haut degré s'appelle *ataxie*. Ces deux espèces de l'antagonisme morbide étant déjà connues du lecteur, il n'est pas besoin d'insister davantage.

CHAPITRE VII.

DE L'ACTE MORBIDE.

L'*acte morbide* est l'état morbide manifesté, s'exprimant par des phénomènes sensibles. L'état morbide est susceptible de rester latent, de se dissimuler même longtemps dans les maladies affectives. S'il demeurait toujours ainsi, il serait comme s'il n'existait pas. L'acte morbide est, par rapport à lui, comme la parole, le geste sont par rapport à la pensée. De l'acte morbide viennent les périls et les avantages de la maladie. Son importance est donc très-grande. Elle a même été exagérée au point qu'on a vu en lui la maladie tout entière.

L'*état morbide*, étant complètement insaisissable par lui-même, n'est connu que par l'interprétation raisonnée des faits morbides,

étiologiques et thérapeutiques. L'*acte morbide* en diffère parce qu'il implique une altération du fonctionnement vital tombant directement sous les sens du malade ou du médecin. Si dans certains cas l'acte morbide est caché et inaperçu, c'est parce que le lieu où il siége est profond, parce que ses symptômes sont nuls ou insuffisants.

La distinction de l'état morbide et de l'acte morbide est d'un grand intérêt quand il s'agit des maladies affectives. Dans les autres maladies, les deux choses se confondent pratiquement. Ce sujet ayant été traité plus haut, il est inutile d'y revenir.

L'acte morbide comprend les *lésions morbides* des parties du corps vivant et les conséquences de ces lésions qui sont les *symptômes*. Point d'état morbide, point de lésion du même nom; point de lésions morbides, point de symptômes : telle est la trilogie pathologique. Nous avons vu et je viens de rappeler qu'il y a des états morbides sans lésions morbides, et par conséquent sans symptômes. Il y a pareillement des lésions sans symptômes.

Nous allons étudier les deux éléments de l'acte morbide dans leur ordre de production : lésions, symptômes.

ARTICLE PREMIER. — LÉSIONS MORBIDES.

Le mot *lésion* a un sens très-général. Il exprime toute altération du matériel du corps ou seulement de son dynamisme. Il ne sera question ici que des lésions qui sont le produit d'un état morbide. Il faut par conséquent les distinguer des lésions qui précèdent la maladie, et qu'on étudie en étiologie.

Les lésions physiques, chimiques, les lésions qui attaquent la sensibilité pure, sont le fait d'agents externes; elles constituent des causes provocatrices et non des lésions de provenance morbide. Un agent traumatique, contagieux, un poison narcotique, etc., amènent sans contredit des lésions; mais ces lésions ne peuvent être confondues avec les scènes vitales qui suivent, et qui seules appartiennent à la maladie. La solution de continuité opérée dans nos tissus par un coup de sabre n'est pas une maladie; celle-ci est incontestable dans la série d'actes vivants et extrà-hygides qui succèdent et ont pour cause prochaine une modification spéciale du dynamisme local ou général (état morbide) survenu en conséquence du dommage subi.

Une lésion de provenance morbide peut ne pas être tolérée, et devenir ainsi cause provocatrice d'autres lésions qui s'ajoutent à la maladie. Il n'est pas rare que la lésion ainsi provoquée prenne, à un moment donné, assez d'indépendance pour exister par elle-même en vertu d'un état morbide qui lui est propre. Alors c'est une maladie nouvelle qui complique la première ou lui survit. Cette génération successive de lésions s'explique par les sympathies qui unissent le tout aux parties et les parties entre elles. Le médecin qui en suivra le mieux la filiation généalogique aura la notion la plus avancée du mécanisme de l'évolution morbide, et sera d'autant plus capable d'apprécier et de remplir les indications.

Ainsi donc, si l'on entend parler de toutes les lésions en général, on doit admettre : 1° des lésions qui ne sont pas *maladie*, qui ont pu en provenir, mais lui ont survécu et sont parfaitement tolérées (vices de conformation) ; 2° des lésions provocatrices des maladies ; 3° des lésions *état morbide ;* 4° des lésions *acte morbide*, celles-ci pouvant, comme les premières, être provocatrices. Il est bien entendu que je ne parle ici que des lésions *acte morbide*.

§ I. Lésions dynamiques.

J'ai dit que l'acte morbide comprenait des phénomènes tombant sous les sens. Cela est vrai puisqu'il n'y a pas acte morbide lorsqu'il n'existe pas de phénomènes sensibles. Cela est complètement exact pour le symptôme, mais non toujours pour la lésion. Dans certaines maladies (beaucoup de névroses), on ne trouve aucun phénomène sensible entre l'état morbide et le symptôme. Faut-il nier la lésion, et celle-ci n'est-elle plus le trait d'union obligé ? Non certes : une douleur, une convulsion hystérique, supposent nécessairement une altération correspondante dans l'organe qui préside à la sensibilité, à la motilité. C'est une règle sans exception que toute altération fonctionnelle est le produit de la lésion de l'instrument. De ce que cette lésion est invisible, on ne peut en conclure qu'elle n'existe pas ; le simple bon sens s'y oppose. Mais, dira-t-on peut-être, cette lésion n'est autre que l'état morbide, ou bien l'état morbide n'est pas une réalité. Les praticiens se chargeront de la réponse, et tous, sans exception, distinguent l'état morbide (l'affection hystérique) de la lésion du nerf sensitif, de la lésion du nerf moteur, d'où viennent la douleur, la convulsion. Tous sont convaincus que la lésion de l'organe procède de l'af-

fection hystérique, et ils se gardent si bien de les identifier, qu'ils ont un traitement pour l'une et pour l'autre. Voir l'hystérie entière dans le symptôme et dans sa cause immédiate organique, est une faute que l'ignorance ou l'illusion produite par une funeste doctrine peuvent seules faire commettre. Il y a ici, comme partout, la trilogie indiquée plus haut : état morbide, lésion, symptôme. Seulement la lésion ici ne tombe pas sous les sens. Dire que, comme l'état morbide, elle n'est pas de nature à tomber sous les sens, serait aller bien loin. Il ne répugne pas de penser que toute lésion d'un instrument emporte avec elle une lésion du matériel de cet instrument, et ceux qui pensent que la lésion échappe par sa ténuité extrême pourraient bien avoir raison. Heureusement la solution de ce problème importe peu à la pratique, et il est permis également de croire que la lésion n'atteint pas le matériel de l'organe, ou de croire qu'elle l'atteint trop peu pour que nous puissions le constater *de visu*.

Quoi qu'il en soit, ces lésions sont appelées *dynamiques*, pour les distinguer de celles qui sont visibles, tangibles, qui parcourent des phases dont on peut faire l'histoire. Ces dernières s'appellent lésions *anatomiques*, et elles m'occuperont seules désormais. Les lésions pures de la sensibilité, de la motilité, ne sont rien pour nous, abstraction faite de leurs symptômes ; leur étude doit se confondre avec celle de ces derniers. Il n'en est pas de même des lésions qui sont constituées par des modifications matérielles appréciables. Celles-là s'isolent de leurs symptômes d'une manière suffisante pour permettre d'en traiter à part.

§ II. **Lésions anatomiques.**

Dans certaines Écoles, ces lésions sont considérées comme le fait initial et essentiel de la maladie. Une maladie quelconque n'est au fond qu'un dérangement du matériel du corps. Tout en elle est lésion de ce genre et symptômes. La maladie est primitivement locale, elle peut rester locale, et si elle s'étend, c'est que le premier dérangement était de nature à en amener d'autres à sa suite. Le diagnostic consiste à rattacher chaque groupe de symptômes à sa lésion propre, et à découvrir celles de ces lésions qui ont été les premières dans l'ordre de succession. La thérapeutique se borne à combattre au plus vite les lésions, en s'attachant, bien

entendu, d'une manière particulière à celles qui ont la plus grande importance, soit par leur influence sur les autres, soit par la gravité de leurs conséquences. Dans cette hypothèse, on refuse d'admettre une force agissant sur les organes et se servant d'eux comme d'un instrument. Les organes, dit-on, ont en eux, dans leurs propriétés, dans leur forme, dans leur structure, tout le nécessaire pour faire la vie, et par conséquent la maladie. La force vitale est inutile, n'existe pas, et il n'y a pas d'état morbide. Je le répète, pour les partisans de cette doctrine, la pathologie n'a à s'occuper que de lésions d'organes et de symptômes. Le reste est chimérique.

Cette manière de voir est logique quand on part du principe que la vie et l'organisation ne font qu'un, que tout acte vital comme tout acte physico-chimique est la résultante nécessaire d'un mouvement particulier amenant un état nouveau dans le matériel des organes.

Rappelons et apprécions en peu de mots les raisons spécieuses alléguées en faveur d'un pareil principe :

Vie et organisation se supposent nécessairement ; hors d'un corps organisé, la vie est inconcevable. La vie est une série d'opérations dont la ressemblance est frappante avec celles de nos appareils de laboratoire et de nos machines industrielles. Des deux côtés, il y a des parties construites et agencées de manière à ce que, par leur action simultanée ou successive, un certain but soit atteint. Les organes du corps vivant, comme ceux de la machine, se détériorent par l'usage et par des accidents qui dérangent l'harmonie de l'ensemble. De là la maladie, qui tue quand l'avarie est grave et irrémédiable, et guérit dans le cas contraire. On peut dire, sans forcer l'analogie, qu'une machine est malade quand elle fonctionne mal, et qu'elle est morte lorsqu'elle ne peut plus fonctionner. Ces similitudes extérieures autorisent à en admettre de pareilles dans les profondeurs du mécanisme. On a une foule de motifs pour croire que toute action est au fond la même. Le corps le plus vivant ne peut se soustraire aux lois qui régissent les autres corps. Un corps ne peut se maintenir vivant qu'à la condition d'entretenir de larges et incessantes relations avec ceux qui sont réputés non vivants. L'étroitesse, la nécessité de cette association, indiquent des natures très-rapprochées l'une de l'autre. Il fut un temps, qui a été long puisqu'il a duré jusqu'à la constitution des sciences physico-chimiques, pendant lequel on a pu

croire à une différence radicale, et admettre pour la vie une force spéciale. On faisait alors comme le sauvage qui, ne connaissant pas, ne comprenant pas le mécanisme d'une montre, déclare cette montre animée. Animé est en effet synonyme d'incompréhensible. Les progrès modernes resserrent de plus en plus les limites de ce qu'on appelait le domaine animé. Un grand nombre de fonctions déclarées vitales s'expliquent maintenant aussi bien que celles de la montre. L'anatomie du corps et de ses parties les plus délicates a montré que les faits de chaleur, d'électricité, de combinaison, de restitution de molécules matérielles, tiennent une grande place dans l'histoire de la vie, que cette place s'agrandit journellement, de manière à ce qu'on peut raisonnablement penser qu'un temps viendra où, la lumière étant portée partout, tout sera ramené au fonds commun physico-chimique, et alors le mot *vie* n'aura plus d'emploi, si ce n'est pour exprimer un genre d'opérations plus compliquées et dont l'étude a été plus difficile. Les diversités n'étant que de surface et purement phénoménales, le corps vivant est une machine comme les autres, dans laquelle les rouages nombreux et perfectionnés réalisent des effets supérieurs à ceux des machines ordinaires.

Tels sont, si je ne me trompe, les principaux arguments opposés à l'ancienne croyance qui attribue les faits de la vie à une force distincte de la force brute. Ils ne me paraissent pas fondés.

Il est vrai, je le reconnais, que la vie telle que nous l'observons est inconcevable, impossible en dehors d'un corps organisé. Mais on n'est pas autorisé à conclure de cela que la vie est le produit de l'organisation. Des raisons décisives démontrent le contraire. L'agrégat humain, comme tout ce qui est arrangé pour un but, est un effet. Cet effet a une cause. Le *corps-machine* a un constructeur comme une machine quelconque. On veut savoir quel est le constructeur du corps vivant. Suffit-il pour cela de faire l'anatomie de la machine? Mais l'anatomie morte ne nous montre que des résultats accomplis et ne dit rien sur leurs causes. On a compris cela, et l'on a pensé que la vue et l'étude des organes en action pouvaient seules mener à la découverte de la cause cherchée. On a fait alors l'anatomie physiologique de l'homme depuis son germe premier jusqu'à la mort, en passant à travers les phases de son évolution. Bien que cette science soit encore incomplète, elle a fourni assez de lumières pour que nous puissions apprécier la

valeur de ses enseignements en vue de la solution poursuivie. En premier lieu, l'attention s'est portée sur les solides. Ils sont plus faciles à étudier. C'est en eux que l'organisation se montre dans son développement le plus complet, et si l'organisation est vraiment la raison de la vie, c'est dans les solides que l'on doit le mieux apercevoir la relation de la cause avec l'effet. Cet espoir a été déçu. L'examen des organes a montré que leur construction, leur forme, étaient telles qu'il le fallait pour que leurs fonctions fussent remplies, mais n'a rien appris sur l'agent d'impulsion qui les met en mouvement. Peut-être, a-t-on pensé, toutes les parties d'un organe n'ont-elles pas la même importance, et y en a-t-il une qui, semblable au ressort principal d'une montre, est le premier moteur. On a cherché, sans succès, ce premier moteur dont le jeu, comme dans les machines inanimées, expliquerait celui des autres parties. Les médecins qui croyaient à la prééminence des solides, et c'était fort naturel dans l'hypothèse que la vie est le produit d'une organisation plus achevée, ne se sont pas découragés pour cela et se sont demandé si le moteur premier n'était pas dans les parties qui se dérobent au regard, tant que l'organe est seulement divisé à l'aide du scalpel. On a alors décomposé cet organe à l'aide des agents les plus puissants que la physique a pu fournir, à l'aide des réactifs chimiques ; on a étendu le champ de la vue avec le microscope ; on est arrivé ainsi à isoler les tissus rudimentaires, les molécules constituantes. Il devait, ce semble, paraître singulier de détruire préalablement les rouages dont on voulait apprécier le jeu et l'importance; celui qui ne comprendrait pas une machine à vapeur, en étudiant les organes qui la composent, aurait une pauvre ressource s'il prenait le parti de broyer ces organes et d'en interroger les débris. Mais, enfin, il y avait une chance, un imprévu auxquels on ne voulait pas renoncer. Cette dernière espérance, on devait s'y attendre, a encore été trompée. On a connu les matériaux intimes des organes, mais le pourquoi de leur action n'a pas été rencontré.

Cette différence énorme entre le corps vivant et une machine était significative ; elle suffisait pour empêcher de les confondre. Toutefois les raisons qu'on avait pour tenir à l'hypothèse étaient trop grandes pour renoncer à l'espérance de la justifier. Le premier moteur, a-t-on dit, est dans les fluides. Au commencement du corps et d'une partie quelconque de formation nouvelle, tout est liquide.

C'est du sein d'un liquide que sortent nerfs, vaisseaux, fibres, membranes, os, et le reste. Les liquides se meuvent donc avant les solides, puisqu'ils les précèdent, et il se pourrait bien que le mouvement des seconds dépendît de celui des premiers. En conséquence, les recherches ont été portées de ce côté. A l'idée de mécanique, adoptée quand on croyait à la prééminence des solides, on a substitué celle d'hydraulique. Celle-ci, pas plus que l'autre, n'a pu résister à un examen sérieux. La physique étant jugée impuissante, on a pensé à la chimie, laquelle, cherchant de son côté avec une ardeur incomparable, n'a pu trouver la réaction mère de tous les phénomènes, la réaction qui peut faire équation avec la vie.

On se garde bien de conclure de là que le liquide n'est pas mû par la force physico-chimique. L'action du liquide, assure-t-on, est physico-chimique, mais la ténuité des parties qui en sont le siége est telle qu'on n'a pu encore la saisir et la déterminer.

Les liquides, le sang par exemple, sont, malgré leurs apparences, composés d'organes aussi compliqués que les organes solides. Le microscope a mis sur la voie de cette composition. Attendez que cette étude soit complète, et le premier moteur cessera de se dérober. A-t-on réfléchi à quoi l'on s'engage en faisant cette promesse? Il faut connaître les organes trouvés dans les liquides, de manière à saisir le jeu de leurs parties, à décomposer ce jeu pour arriver au ressort principal de ce mécanisme microscopique, puis faire voir comment le mouvement du liquide passe dans le solide et s'y continue. Mais sait-on assez du mécanisme des solides pour qu'on puisse le rattacher, sans solution de continuité, à cet autre mécanisme cherché, afin d'en former un tout harmonique? Les plus hardis n'oseront pas répondre à cette question par l'affirmative ; en sorte qu'on est forcé de convenir que l'anatomie des solides n'est pas encore assez avancée pour utiliser convenablement la lumière qu'on attend de l'anatomie des liquides. Et cette dernière lumière, peut-on raisonnablement compter sur elle? Si le mécanisme des organes solides laisse encore tant à désirer, malgré les facilités de l'exploration, comment espérer être plus heureux en étudiant celui des éléments découverts dans nos humeurs? Il y a déjà longtemps qu'on les étudie, et le problème de la vie conserve encore tout son mystère.

Supposons cependant que l'action des liquides est déterminée, il sera naturel de se demander de qui les liquides, à leur tour, reçoi-

vent le mouvement. Dans toute machine de l'ordre physico-chimique, le moteur premier n'est premier que par rapport aux rouages de cette machine. Il est lui-même l'effet d'une autre cause motrice, et ainsi de suite par une filiation à anneaux innombrables, dont le premier, si on pouvait suivre la chaîne, remonterait jusqu'à l'origine des temps, jusqu'à ce premier mouvement que Dieu imprima à la matière lorsqu'il l'eut créée.

Beaucoup considèrent les liquides comme des agents d'impulsion communiquée et de seconde main. Le véritable moteur était, à leurs yeux, un impondérable, quand on croyait à l'existence des fluides électrique, calorique, etc. D'autres disaient et peut-être disent encore que le premier moteur est un gaz, un souffle, matériels apparemment, sans cela nous ne saurions pas de quoi on nous parle. Mais alors la même objection revient impitoyablement : de qui ce gaz, ce souffle, tiennent-ils le mouvement?

On l'a dit depuis longtemps, cette nécessité que l'on subit d'atténuer la matière de plus en plus, à mesure qu'on lui demande de grands résultats, est remarquable. Cela est contredit par le bon sens et par l'expérience. Toute cause matérielle est égale à son effet, et sa puissance est proportionnelle à la quantité numérique des molécules qui la constituent. Invoquer une cause matérielle agissant autrement, c'est faire appel à l'incompréhensible, c'est admettre une matière différente de celle que nous connaissons et dont rien ne démontre la réalité. Hypothèse désespérée, à l'usage de ceux à qui répugne la notion de force, et qui substituent à cette notion son équivalent sous l'étiquette trompeuse de matière! Qu'est-ce en effet qu'une matière invisible, impalpable, et produisant des phénomènes si différents de ceux de la vraie matière?

Forcez tant que vous voudrez les analogies, et vous serez obligés d'admettre un immense intervalle entre une fièvre intermittente, une variole, et un fait physico-chimique quelconque. La diversité de ces résultats implique une diversité proportionnelle dans la nature de leur cause respective.

La matière agit aveuglément, fatalement, et est incapable par elle-même de coordonner ses actions pour un but. Partout où elle fonctionne ainsi, il est nécessaire d'admettre un pouvoir supérieur à elle, qui l'a arrangée en conséquence, et la maintient dans cet arrangement. Toute machine suppose un ouvrier qui en est l'auteur et le conservateur; il en est ainsi du corps vivant, et l'on se

demande naturellement qui en a construit le mécanisme, qui fait concourir, au moment opportun, toutes les parties de ce mécanisme aux fonctions multiples de la vie. L'ouvrier du corps vivant, quoique n'étant pas visible comme celui de la machine à vapeur, peut être affirmé avec la même assurance, quitte à s'entendre ensuite sur la nature de cet ouvrier.

Quel qu'il soit, j'affirme les propositions suivantes :

Cet ouvrier n'est pas la matière, puisqu'il la gouverne ;

Son empire est tel qu'il soustrait la matière à ses lois naturelles, produisant ainsi des effets spécifiques, irréductibles à ceux de l'ordre brut.

Sans doute, dans l'organisme vivant, on constate des phénomènes physico-chimiques. Parmi ces derniers, les uns, indispensables à la vie, sont préparés et dirigés par cet ouvrier mystérieux, comme ceux d'un laboratoire sont préparés et dirigés par le chimiste. Les autres sont subis; il ne lui a pas été possible de les empêcher. Là où expire son pouvoir, la chimie et la physique reprennent leurs droits, et la matière du corps retombe tout à fait sous la loi commune à toute matière abandonnée à elle-même.

Il n'est pas surprenant que lorsque la chimie et la physique, avancées comme elles le sont aujourd'hui, ont étudié le corps vivant, elles y aient découvert des faits de leur ressort qui étaient auparavant inconnus. Ces faits, et tous ceux de même nature qu'on trouvera, limitent d'autant le domaine de la vie, mais sont loin d'annihiler ce domaine. Tout espoir en ce genre est interdit; car, comme je l'ai dit, il y a des faits vivants non comparables, pour l'explication desquels la physique et la chimie ne peuvent et ne pourront jamais rien. En supposant même que tout dans la vie fût reconnu chimique ou physique, il resterait encore le physicien et le chimiste qui ont préparé l'accomplissement de ces choses et en règlent l'évolution harmonique.

Enfin, si nous soumettons à l'épreuve clinique la doctrine qui considère la maladie comme étant toujours, à son point de départ, le dérangement d'un organe, qui se communique aux autres organes à l'instar de ce qui se passe dans les machines, nous trouvons un grand nombre d'observations contraires à cette règle; ce sont surtout celles des maladies primitivement générales. On a pris d'abord le parti de nier ces maladies en les ramenant à une lésion d'organe. Les praticiens en masse ont résisté à cette prétention,

et opposent à nos adversaires, comme une objection irréfutable, l'argument tiré des maladies générales.

Le fait initial de la maladie n'est donc pas une lésion matérielle. Broussais lui-même est obligé de rendre sur ce point hommage à la vérité. « On est malade, dit-il dans son *Examen des doctrines médicales*[1], avant que les tissus soient altérés. » M. Dubois (d'Amiens)[2] est amené aux mêmes conclusions que les miennes. « En résumé, les lésions organiques ne constituent pas des maladies, elles sont tantôt des résultats, et tantôt des causes, soit éventuelles, soit réelles, mais passagères, soit permanentes, soit enfin indestructibles et mortelles en ce sens que, ne pouvant être enlevées, elles entretiendront à jamais des réactions funestes. » Ces témoignages non suspects achèveront de porter la conviction dans l'esprit du lecteur.

Il est donc convenu que la lésion d'une partie de l'agrégat ne contient pas l'essentiel de la maladie. Quels que soient les progrès futurs de l'anatomie, celle-ci fera mieux connaître les acteurs, en introduira de nouveaux sur la scène, mais elle ne trouvera jamais la cause impulsive qui les fait agir et leur fait exécuter avec ordre le drame si complexe de la vie.

Cette cause est une force ; la notion en est purement rationnelle ; on ne la trouvera jamais dans le champ d'un microscope, quel que soit le grossissement. Avec le concours des organes, sans lesquels elle serait inconcevable, elle produit les phénomènes vitaux hygides ou morbides, et dirige les phénomènes physico-chimiques nécessaires à l'accomplissement de ses fonctions.

En résumé, la lésion anatomique est cause de mort quand elle met un organe important hors de service ; mais, en ce qui concerne la maladie, elle n'en est que la cause provocatrice ou l'effet.

Dans ce qui précède, remarquons-le bien, j'ai supposé la lésion anatomique existante et démontrable *de visu*. Il n'en est pas toujours ainsi. Fréquemment, en dépit des investigations les plus minutieuses, on ne trouve rien de ce genre. Ce témoignage négatif de l'anatomie mérite autant de confiance que les autres. C'est encore l'anatomie qui nous apprend qu'il peut y avoir un défaut notable de proportion entre la lésion et les symptômes. Après une petite lésion, on observe parfois des symptômes graves et même formi-

[1] Broussais ; *Examen des doctrines médicales*, tom. IV, pag. 642.

[2] Dubois (d'Amiens) ; *Traité de pathologie générale*, tom. I, pag. 167.

dables. Ailleurs c'est l'inverse, et après une grande lésion il n'y a que des symptômes légers et même point de symptômes. Cette discordance s'explique par les manières diverses de sentir et de réagir, lesquelles ne sont pas, il s'en faut, explicables par l'anatomie. Je parle, bien entendu, de l'anatomie réelle, et non de l'anatomie fantastique, un peu trop en usage chez les partisans de ce qu'on appelle aujourd'hui la médecine positive. Il semble que tout soit permis en fait d'hypothèses, lorsque la matière remplit tous les rôles !

Malgré ce que je viens de dire contre des prétentions exagérées, je reconnais l'importance de la lésion anatomique, et je dois justifier cette importance et en poser les limites exactes.

La lésion anatomique est la manifestation du dynamisme malade, et par conséquent un précieux moyen de diagnostic ; elle fournit la notion du siége matériel, elle est le fait principal de plusieurs maladies, la cause de beaucoup de complications, d'incurabilités, le support des symptômes. A tous ces titres, elle se recommande à notre attention. J'étudierai plus tard sa valeur étiologique ; il est inutile d'anticiper sur ce point. Elle n'est à considérer maintenant que comme expression sensible de l'état morbide et point de départ des symptômes.

Les lésions anatomiques sont très-nombreuses. Dans la plupart des maladies, elles ne tardent pas à paraître lorsque l'état morbide est constitué. Parfois les organes ne sont lésés que dynamiquement. Ils peuvent, à la vérité, rester tels pendant longtemps; toutefois il n'est pas rare de voir une lésion anatomique suivre d'assez près une lésion dynamique. La névralgie, par exemple (lésion dynamique) appelle la fluxion (lésion anatomique): *ubi dolor, ibi fluxus*. Une névrose qui dure, tend à altérer matériellement la substance des organes. Les lésions anatomiques se multiplient à mesure qu'une maladie s'aggrave. Cela s'observe dans les maladies aiguës comme dans celles qui sont chroniques, et alors le diagnostic, le pronostic, la thérapeutique, se modifient en conséquence. Tout le monde sait combien la diathèse commençante diffère de la diathèse passée à l'état de cachexie.

Il suffit de ce simple aperçu pour apprécier la valeur de l'anatomie pathologique. Certes, il n'est pas indifférent de connaître le lieu de la scène et les acteurs du drame pathologique avec leurs bonnes et leurs mauvaises qualités.

Avant la constitution de l'anatomie pathologique, un des éléments de la trilogie mentionnée plus haut était fort peu connu. C'était une lacune que chacun remplissait selon sa doctrine : l'un y mettait une lésion des liquides, une humeur peccante ; l'autre était solidiste et préférait tout expliquer avec le spasme, l'atonie, etc. L'anatomie pathologique a toujours paru une science nécessaire à la médecine ; comme on n'avait pas la vraie, on en inventait une plutôt que de s'en passer. L'anatomisme moderne, malgré ses erreurs et ses exagérations, a rendu de grands services à la science et à la pratique.

Tout a eu sa part dans cet immense progrès, mais surtout les maladies occupant un organe dont les rapports de structure à fonctions sont bien connus. Que serait l'histoire pathologique du cœur sans l'anatomie ? que serait celle des luxations, des fractures, et généralement des maladies chirurgicales? Et dans la pathologie interne, combien de localisations, de détails importants seraient ignorés ! combien de maladies que l'on considérait jadis comme idiopathiques sont aujourd'hui inscrites à bon droit parmi les symptomatiques, les sympathiques ! N'est-il pas vrai que l'anatomie pathologique est utile de toutes manières, autant par ses témoignages positifs que par son silence ?

La mission de cette anatomie était de remplir une lacune, de substituer les lésions réelles à celles qu'on avait imaginées. Malheureusement, enivrée par ses succès, elle a prétendu régénérer entièrement la médecine et a rompu violemment avec le passé. Elle a fait une grande faute.

Les anciens avaient posé parfaitement le problème pathologique. Ils croyaient à l'existence des lésions anatomiques et à la nécessité de les connaître; seulement, pour des raisons que personne n'ignore, ils ne pouvaient pas se livrer convenablement à cette étude. Force avait été pour eux de concentrer toute leur attention sur l'état morbide et sur les symptômes. Il est impossible de ne pas admirer leur sagacité, quand on pense tout ce qu'ils ont fait avec l'anatomie imparfaite et grossière dont ils étaient obligés de se contenter.

L'anatomie pathologique n'est qu'un moyen de plus d'arriver à la connaissance de la maladie, et elle devait continuer l'ancienne médecine, la corriger au besoin, et non s'en déclarer l'adversaire. Maintenant que l'exaltation est tombée sous le coup des

déceptions, cette vérité est acceptée par tous les bons esprits.

Pour apprécier le genre de services que l'anatomie pathologique a rendus et peut rendre encore, il est bon de se rappeler quels sont son étendue et ses moyens d'action.

Ce n'est pas seulement, comme on l'a cru longtemps, le cadavre étudié à l'aide du scalpel, c'est la science de la structure des organes malades et de leur composition moléculaire. En outre du scalpel, elle emploie le microscope et les réactifs chimiques. L'anatomie pathologique divise d'abord et puis elle réunit, pour avoir l'idée du tout au moyen de celle des parties. Le but de cette anatomie est en dehors d'elle, tous les grands anatomistes l'ont ainsi compris. Bonnet demandait à l'anatomie pathologique de son temps l'explication de la mort. Morgagni, faisant un pas de plus, s'en servait pour compléter l'histoire de la maladie. Haller et Bichat avaient des visées plus hautes encore, et lui ont demandé le secret de la vie. Elle peut en effet servir à tout cela, si l'on ne se fait pas illusion sur sa portée. Mais à quelle condition? c'est qu'on ne l'isolera pas de la physiologie.

Pendant longtemps, on s'est contenté de décrire les lésions anatomiques telles que le hasard des autopsies les montrait, et l'on semblait oublier qu'il n'y avait là qu'un aspect de chaque lésion. On a voulu, avec raison, connaître ce qui précédait et ce qui, dans d'autres cas, pouvait suivre. Alors on a rassemblé les observations où la même lésion existait à des périodes diverses, et l'on a fait ainsi l'histoire de la lésion vivante et en marche, depuis son commencement jusqu'à sa fin. On a été plus loin : pour remplir les vides et compléter, confirmer les notions acquises, on a, quand cela a été possible, institué sur des animaux des expériences, afin de provoquer la réalisation du fait à l'étude, de façon à le contempler à tous ses moments et sous toutes ses faces. Cette anatomie poursuivie dans les solides, dans les liquides, dans les gaz, dans les productions parasitaires, est vraiment fructueuse, et ceux qui s'y livrent sans parti pris d'avance et n'oublient pas les limites de ce genre d'enseignement, contribuent puissamment aux progrès de la pathologie.

Cela étant expliqué, je vais signaler les principales lésions anatomiques.

I. Lésion des solides.

Nous rencontrons d'abord les lésions traumatiques d'origine physique ou chimique, dont le mode de formation est aisément accessible.

Les autres lésions anatomiques sont l'œuvre de la vie procédant vicieusement au moment de la formation des organes, ou modifiant morbidement ces organes une fois formés. Je n'ai pas à m'occuper des lésions tératologiques.

Les lésions observées dans le cours des maladies comprennent les lésions traumatiques mentionnées plus haut, et qui, cette fois, sont favorisées par une autre lésion préalable qui a modifié la texture des organes. Tout le monde sait que telle est l'origine de certaines hernies, luxations, fractures, infiltrations. J'ajoute la série nombreuse des *fluxions* ayant pour résultat les congestions, les engorgements, les épanchements.

Dans les autres lésions, il y a altération des tissus ou des humeurs, plus fréquemment des deux en même temps. C'est un fait de chimie vivante et du ressort de la faculté plastique. Voici comment, dans l'état actuel de la science, il est permis de faire la théorie de ces lésions si nombreuses et de natures très-diverses.

Cette théorie se rattache à celle de la formation de nos parties à l'époque embryogénique. Certainement la faculté plastique doit procéder au fond de la même manière, soit qu'elle agisse hygidement, soit qu'elle agisse pathologiquement, et l'on a bien fait de demander à l'embryologie le secret de la modification de structure en même temps que de la création de nos parties. Tout n'est pas trouvé, il s'en faut. Beaucoup de questions sont encore indécises, mais on est sur la bonne voie, et il y a lieu d'espérer qu'à mesure que l'embryologie grandira, un progrès proportionnel s'accomplira en pathologie. De part et d'autre, en effet, il y a des tissus qui changent d'aspect, qui grossissent, qui s'éliminent; d'autres qui apparaissent. Le procédé nutritif, malgré la variété de ses résultats, est exécuté selon la même loi fondamentale. C'est encore une justification du mot d'Hippocrate : *Modus omnibus unus*.

Esquissons à grands traits la théorie de la formation des lésions anatomiques, telle qu'elle paraît devoir être admise aujourd'hui.

Le procédé nutritif considéré en lui-même, dans ses parties essentielles, doit être ramené à deux actions, l'une de *composition*,

l'autre de *décomposition*. Dans le premier cas, le tissu s'accroît; dans le second, il tend à s'effacer ou s'efface entièrement. Il paraît certain que l'état fluide des parties est nécessaire à chacune de ces actions.

Toute substance s'organisant au sein de nos tissus a commencé par être liquide.

Toute substance qui disparaît, s'en va molécule par molécule. En conséquence, sa désagrégation ou fluidification est une condition indispensable.

Composition, décomposition, ou mélange des deux en même temps : tel est le mécanisme appréciable de la formation de toute lésion anatomique.

1° *Lésions caractérisées par un fait de décomposition.* — L'*atrophie* résulte de la prédominance de la décomposition sur la composition. L'absorption des molécules dépasse la limite normale et se fait de telle manière que la configuration et la structure restent les mêmes qu'auparavant; il n'y a de changés que le poids et le volume de l'organe. L'atrophie peut porter sur la totalité de celui-ci ou seulement sur une de ses parties. L'*abrasion* ou *érosion* est la disparition pure et simple des couches extérieures d'un organe, par suite d'une pression qu'il subit. L'abrasion a été surtout étudiée dans les os qui sont en rapport immédiat avec une tumeur pulsatile en voie d'accroissement. Longtemps on a cru que c'était un phénomène mécanique, de là le nom d'abrasion. Il est indubitable aujourd'hui que cette décomposition a lieu comme les autres, par désagrégation d'abord, et puis par absorption. L'*ulcération* est la destruction d'une portion d'organe avec mise à nu d'une couche profonde morbidement modifiée dans son aspect, sa structure et ses sécrétions. Le *ramollissement* est un commencement de fluidification dont le mode de formation est encore obscur sur beaucoup de points. Souvent l'on ne peut dire s'il vient de la destruction du tissu, ou bien s'il est le résultat de l'infiltration d'un liquide. La *gangrène* diffère des lésions précédentes en ceci, qu'elle n'est pas primitivement un travail moléculaire restreint, mais un travail qui s'empare d'un organe entier ou d'une portion d'organe. Ce travail a pour résultat la mort des tissus, et a lieu lorsque ces tissus sont privés des conditions de circulation et d'innervation nécessaires à la vie. Le *sphacèle* survient lorsque la mort est accomplie dans le lieu siége de la gangrène.

2° *Lésions caractérisées par un fait de composition.* — En voyant les tissus tout autres qu'ils étaient auparavant, on pensa d'abord que les lésions de ce nom étaient constituées par des altérations du tissu primitif. De là le mot *dégénérescence*, qui désignait ce phénomène pathologique. Cette théorie n'a pas résisté à un examen approfondi, et le domaine de la dégénérescence est aujourd'hui très-restreint. On pense généralement qu'un élément anatomique à type arrêté, défini, ne peut changer de nature, et que lorsque, là où il se trouvait, on rencontre un autre élément anatomique, celui-ci a été créé et substitué à l'ancien, qui s'est atrophié, effacé devant le nouveau venu. C'est là la théorie de la *substitution*, à laquelle mon collègue M. Courty[1] a prêté l'appui de son talent, et qui rallie actuellement la majorité des médecins. Je la crois fondée, et je pense avec ses partisans que toute lésion de composition est le produit d'une formation de parties nouvelles s'établissant et se développant aux dépens des anciennes. Mais je ne crois pas qu'on soit autorisé à proscrire toute idée de dégénérescence. J'admets qu'un tissu arrêté, défini, adulte, si je puis parler ainsi, ne peut pas changer de nature, se métamorphoser et devenir un autre élément. Mais n'est-il pas possible que ce même tissu à l'état naissant, non encore solidifié ou à peine solidifié, subisse des modifications qui l'éloignent de son type normal, et acquière ainsi des propriétés différentes de celles qu'il était appelé à revêtir, en sorte qu'il en devient méconnaissable?

Il arrive fréquemment qu'un organe est altéré parce que, parmi les éléments anatomiques qui le composent, les uns se sont multipliés, les autres ont diminué, de façon que, l'harmonie de composition étant troublée, l'organe n'est plus ce qu'il était auparavant. L'accessoire est devenu le principal, et *vice versa*. On pourrait voir là encore une véritable dégénérescence, en prenant ce dernier mot dans un sens largement compréhensif. Ces concessions faites à l'ancienne idée de la dégénérescence ne sont nullement contraires à celle de la substitution, car il y a toujours un tissu nouveau qui se substitue à l'ancien; mais on doit admettre, jusqu'à plus ample informé, que ce tissu nouveau est dans ses premiers temps susceptible de se développer d'une façon anormale.

En réalité, tout ce qui s'ajoute à un organe survient par pro-

[1] Courty; *Mémoire sur les substitutions organiques*, 1847.

création. Il faut donc, selon la règle générale posée plus haut, que le tissu nouvellement formé sorte d'un liquide, soit le produit de l'élaboration d'un liquide. Celui-ci, qui n'est pas assez connu en lui-même pour qu'on puisse y distinguer les propriétés spéciales qui le rendent apte à fournir tel produit plutôt que tel autre, passe avec raison pour être sécrété par les capillaires. Il est transparent, visqueux, et contient de la fibrine en dissolution : c'est le sérum du sang vivant, connu sous le nom de *liquor sanguinis*. Essentiellement plastique, il est le commencement obligé des tissus hygides comme des tissus pathologiques. Je ne dois ici parler que de ces derniers.

Faisons remarquer tout d'abord que la séparation de la décomposition et de la composition pour concevoir les lésions ne peut être admise d'une manière absolue. Dans un fait nutritif quelconque, il y a nécessairement les deux choses. Elles se retrouvent dans un grand nombre de lésions, chacune remplissant un rôle plus ou moins important. Il suffit de rappeler, pour le moment, que lorsqu'un tissu nouveau est formé, il se substitue à un tissu ancien ; celui-ci doit donc disparaître, preuve évidente de la présence d'un mouvement pathologique de décomposition.

On appelle *hypergénèse* la sécrétion exagérée d'un élément anatomique. Lorsque cette sécrétion a pour résultat des tissus normaux distribués de manière à ce que la configuration générale et la structure de l'organe sont conservées, c'est l'*hypertrophie*, la contre-partie de l'*atrophie*. De même que celle-ci est la simple diminution de l'opération nutritive normale, l'hypertrophie en est l'exagération.

Dans d'autres lésions, un tissu qui existe normalement dans un organe y prend un développement excessif ; ou bien un tissu qui ailleurs est normal, naît et se développe dans un organe où il ne devrait pas se trouver. Ces tissus sont dits *homologues*, parce qu'ils sont inscrits parmi ceux de l'anatomie hygide.

Quand les tissus pathologiques sont différents de ceux de l'anatomie hygide, on les appelle tissus *hétérologues*. On trouve des lésions contenant des tissus des deux genres : celles-là sont homo-hétérologues.

Les tissus pathologiques ont un mode de développement, parcourent des phases, ce qui permet d'en faire l'histoire, à l'exception de ceux qui contribuent à un travail de restauration et qui, une fois entièrement formés, sont permanents : le tissu cicatriciel

par exemple; les autres ont une vie caduque, ils meurent vite ou lentement. Il y a donc des formes transitoires d'enfance, de jeunesse, des formes adultes, et puis une période de décadence généralement plus hâtive que celle des parties qui se sont maintenues à l'état hygide.

Cette croissance, suivie d'une tendance à l'élimination, à la destruction, est particulièrement prononcée dans les tissus hétérologues.

Un tissu morbide peut s'établir sur un autre tissu morbide. De là, la possibilité de mélanges, de complications qui rendent difficiles la description et l'histoire physiologique de plusieurs lésions.

La phlegmasie, considérée en elle-même, est une lésion anatomique dans laquelle, à la suite d'une fluxion spéciale, un travail de destruction s'établit, suivi lui-même, plus tard, d'un travail de réparation.

Le lecteur doit se contenter de ces idées générales. Les détails ont leur place naturelle dans les traités de pathologie spéciale, et, d'une façon encore plus complète, dans les monographies.

II. Parasites et maladies parasitaires.

Les changements observés dans nos parties ne portent pas seulement sur les tissus. Depuis longtemps on avait trouvé, chez certains malades, des êtres vivant d'une vie spéciale. Récemment, le microscope a permis d'apercevoir d'autres parasites végétaux, animaux, que leur ténuité dérobait aux regards. Ces parasites se forment et se nourrissent aux dépens de notre substance. Ils remplissent un rôle incontestable en pathologie. Quel-est ce rôle ? Je dois m'expliquer là-dessus.

A toutes les époques il s'est trouvé des médecins qui, exagérant l'importance des parasites, leur ont attribué le plus grand nombre des maladies. Cette opinion n'a pas manqué de reparaître depuis les découvertes modernes. Elle est trop grosse d'hypothèses impossibles pour mériter une réfutation sérieuse. Je ne m'en occuperai pas davantage.

Et d'abord, d'où viennent ces parasites? Quelle est leur cause génératrice? Est-il vrai, comme on l'a cru longtemps, que le corps de l'homme acquiert dans certaines circonstances la faculté de les procréer par sa propre vertu? Non certainement. L'homme engendre des êtres de son espèce, et rien autre de plus. Il en est

partout ainsi dans la sphère physiologique. La génération spontanée de ces parasites paraît de moins en moins admissible. Plus on observe, et plus les faits prouvent que tout être vivant naît d'un être de la même espèce. La raison analogique et l'expérience directe démontrent que les parasites sont le produit du développement d'un germe pris dans l'air ambiant, ou bien introduit dans le corps avec les aliments ou les boissons.

Ceci étant établi, que sont les maladies dites parasitaires, au point de vue le plus général? Avant de se prononcer là-dessus, il faudrait les bien connaître. Nous n'en sommes pas encore là pour la plupart d'entre elles. L'étude des parasites microscopiques est récente, beaucoup de praticiens sont arrêtés par les difficultés attachées à ce genre d'observation. Les travaux sont en petit nombre et trop imparfaitement contrôlés. Je dois donc me tenir sur la réserve.

Toutefois, m'appuyant sur les principes adoptés dans ce livre, je n'hésite pas à affirmer que les maladies dites *parasitaires* sont de deux ordres : 1° maladies dont le parasite est la cause première, principale ; 2° maladies nées sous l'influence d'une cause différente et dans lesquelles les parasites jouent un rôle important.

Dans le premier cas, le parasite, véritable corps étranger vivant, non toléré, est antérieur à la maladie et agit sur le sujet en provoquant une réaction spéciale. Sans ce parasite, la maladie n'aurait pas lieu, et on en arrête sûrement la marche lorsqu'on détruit à temps l'agent provocateur.

Dans le second cas, le parasite succède à la maladie, laquelle peut être une réaction suscitée par une autre cause, ou bien une affection. Sous l'influence de cette maladie, les tissus et les humeurs ont été modifiés d'une manière telle, qu'ils sont devenus un terrain favorable à l'incubation, au développement des germes. Le parasite est donc une conséquence éventuelle de la maladie ; il en indique le progrès, ou bien il constitue une complication. L'indication tirée de sa présence est secondaire ; elle est primée en effet par celles qui viennent de la maladie.

Ici, point de maladie préalable, point de parasite; là, point de parasite, point de maladie.

On le voit, la distinction que je propose est de premier ordre, à cause de la différence de la pathogénie et des conséquences pratiques.

Il me paraît certain que plusieurs maladies vermineuses, celle qui suit le tænia, par exemple, sont de vraies réactions en rapport avec la nature du stimulus et les qualités idiosyncrasiques du sujet. En l'absence du germe du tænia, il n'y a pas de maladie de ce genre possible. Expulsez le tænia, et tout disparaît.

Les cryptogames microscopiques découverts dans le muguet, dans la teigne, etc., appartiennent aux maladies de la deuxième catégorie. On a certes intérêt à les détruire, mais il faut, avant tout, ramener les tissus à des conditions incompatibles avec la vie de ces parasites, et pour cela traiter la maladie en elle-même.

On doit souhaiter que toutes les maladies parasitaires soient assez connues pour être classées ainsi ; en un mot, il s'agit de savoir, à l'aide des recherches ultérieures, si le parasite précède ou suit la maladie.

Cette étude pourra, pour certaines espèces, rencontrer des difficultés, si l'on en juge par celles que présente la gale, maladie ancienne, vulgaire, et dont le siége est extérieur. L'existence de l'acare est hors de contestation ; mais les médecins ne pensent pas tous de même au sujet du rôle rempli par cet acare. Les uns, et cette opinion domine aujourd'hui, considèrent la pénétration du parasite au-dessous de l'épiderme comme le fait primitif. La gale serait donc une réaction qu'on arrête en tuant l'acare à l'aide d'agents que tout le monde connaît. S'il en est ainsi, la gale n'est plus une maladie contagieuse. L'acare passe d'un individu à l'autre comme le fait un *pediculus capitis* ; les lésions et les symptômes qu'il détermine sont commandés par le lieu qu'il occupe et par l'excitation spéciale qu'il y provoque. Les partisans de l'ancienne opinion trouvent qu'il n'y a pas de proportion entre la cause et l'effet. Ils ne nient pas l'acare, ils admettent même que beaucoup de gales n'auraient pas lieu sans l'acare ; mais, à leurs yeux, celui-ci n'agit qu'en inoculant une matière virulente dont il est enveloppé. Pour ces médecins, la gale reste donc une affection, et une affection contagieuse. L'acare n'y est qu'un fait accidentel, non nécessaire. De part et d'autre, et dans les gales récentes, on s'entend pour prescrire un même traitement. Pour les uns, ce traitement réussit uniquement parce qu'il fait périr le parasite ; pour les autres, ce traitement est efficace parce qu'il est un spécifique d'affection. Si nous avions des moyens aussi puissants pour toutes les maladies parasitaires, la distinction proposée plus haut

serait pratiquement inutile; mais comme nous sommes loin d'être aussi bien partagés, elle conserve, dans l'immense majorité des cas, l'importance que je lui ai donnée.

Ce principe premier étant posé pour la direction des travaux, voici ce que je crois devoir ajouter dans le même but.

Quelles chances avons-nous pour nous abriter contre les germes des parasites? Il est de ces germes qui se trouvent en petit nombre et dans des lieux limités. Ceux-là ont un certain volume; l'animal qui en provient est facilement apercevable à l'œil nu et acquiert parfois de grandes dimensions (lombrics, tænia). Ces germes sont introduits dans le corps avec les aliments, auxquels ils sont mêlés et où ils échappent à la vue; il serait fort utile de savoir où ils se trouvent, afin de les éviter. Et au cas que notre vigilance soit trompée, il faudrait connaître la valeur des procédés, la coction par exemple, capables de tuer ces germes, ce qui naturellement les rend inoffensifs.

Une autre question se présente: les germes dont il s'agit rencontrent un lieu favorable à l'éclosion chez des sujets bien portants. Mais tous les sujets sains sont-ils égaux sous ce rapport? n'y en a-t-il pas qui offrent un terrain plus fertile où le germe se développe aisément, d'autres où le germe périt faute de conditions appropriées? Il me semble que la nécessité d'une aptitude préalable doit être admise pour beaucoup de maladies dites vermineuses. En quoi consiste cette aptitude? On a constaté que les sujets à complexion lymphatique, les enfants, étaient particulièrement disposés aux maladies vermineuses. Est-ce là la seule circonstance de ce genre? Et quelle est, d'une manière précise, la *crase* particulière des solides et des humeurs la plus favorable au développement des germes? Ces questions doivent être posées non-seulement pour les germes qui entrent dans le corps avec les aliments, mais aussi pour les parasites qui s'attaquent à la peau. Et, par exemple, un *pediculus capitis* trouvera sur tel individu de quoi se nourrir abondamment et fournir une nombreuse et prompte lignée; sur un autre sujet il ne pourra pas se multiplier, et mourra bientôt faute de matériaux alibiles à sa convenance. L'acare de la gale rencontre, selon la constitution du tissu tégumentaire, des facilités ou des difficultés. Il pénétrera plus aisément dans une peau fine, délicate, habituellement humide. Ce genre d'observation mériterait d'être poursuivi.

Dans le passage qui précède, j'ai fait principalement allusion aux maladies dans lesquelles le parasite a le rôle le plus considérable. Quant aux autres, celles dans lesquelles le parasite est un fait consécutif, il faut admettre, jusqu'à plus ample informé, que les germes des parasites sont répandus sous forme d'une poussière excessivement ténue dans l'air qui nous entoure. Leur contact, leur pénétration dans les lieux du corps qui sont accessibles, sont donc de tous les moments; mais il n'y a point d'effet morbide tant que les parties qui les reçoivent ont des propriétés antagonistes. En quoi, physiquement et chimiquement, consiste la modification qui fournit au germe le milieu approprié? Par quel procédé organico-vital a-t-elle été produite? Ces parasites sont microscopiques, on ne les connaît que depuis peu de temps, et leur histoire naturelle elle-même laisse encore beaucoup à désirer. Les recherches modernes ont démontré que ce sont des champignons qui adhèrent à la peau malade ou aux muqueuses (teignes, herpès tonsurant, *pityriasis versicolor,* muguet, etc.).

On a trouvé dans certaines humeurs (matières vomies, crachats, urines, etc.), des spores semblables à celles de la levûre de bière, des tubes moniliformes, des mycodermes, des espèces de cellules végétales, qu'on a lieu de croire vivantes. Sont-ce là des êtres spéciaux et distincts? En supposant qu'on réponde par l'affirmative et qu'on soit obligé, ce qui est fort possible, d'augmenter le chiffre des parasites, cela prouvera la richesse de la création et les facilités que notre corps fournit pour le développement de ces existences, mais ne changera rien de sérieux aux dogmes exposés plus haut, touchant les maladies parasitaires. Il faudra toujours distinguer celles qui suivent, celles qui précèdent le parasite, et chercher les lieux d'où viennent les germes, les uns étant incessamment présents, les autres ne l'étant que d'une manière fortuite.

A ce sujet, je propose à la vérification l'hypothèse suivante : On admet aujourd'hui l'origine étrangère des tænias et de certains autres helminthes; ils sont apportés par des procédés que les travaux récents ont mis en lumière. Mais en est-il ainsi de tous les helminthes? ne se pourrait-il pas que les germes des lombrics, par exemple, se trouvassent habituellement dans l'appareil digestif, où ils seraient introduits par l'alimentation ordinaire? Tant que les parties en contact avec ces germes sont contraires à leur évo-

lution, rien n'en sort, et ils sont comme non avenus. Mais vienne une *crase* organique (hygide ? morbide ?) qui favorise l'éclosion, et alors les parasites naissent et se multiplient. On expliquerait ainsi les maladies vermineuses survenant sans qu'on ait noté rien de particulier dans le mode d'alimentation, maladies parfois obstinées et remarquables par la quantité énorme des helminthes. Quelques médecins appellent cela : diathèse vermineuse. Jusqu'à quel point ce mot *diathèse* est-il justifié ?

On le voit, l'étude dont je parle est encore à son début sur beaucoup de points. La question suivante, quoique depuis longtemps posée, n'a pas encore trouvé son entière solution. Le parasite est développé, il se nourrit de notre substance, sa présence et ses mouvements attaquent la sensibilité des parties, et cette impression se répète ailleurs par sympathie. C'est ainsi que les parasites nous rendent malades. Mais pourquoi dans quelques cas sont-ils tolérés, si bien que leur existence n'est révélée qu'au moment de leur sortie? Cette tolérance parfaite n'est pas rare pour les lombrics. Évidemment alors ils ne sont pas suffisamment sentis. Mais pourquoi cette indifférence de la part du corps vivant, indifférence que rien d'appréciable n'explique ? Pourquoi, dans d'autres cas bien différents, l'intolérance est-elle excessive et hors de proportion avec le stimulus ? On le sait parfois, mais pas toujours certainement. Pourquoi surtout la réaction provoquée par le parasite diffère-t-elle si souvent suivant les sujets ? Ici l'amaigrissement, là la fièvre, ailleurs la convulsion, tantôt l'ophthalmie, tantôt l'amaurose, etc., etc. Évidemment, il y a là des observations importantes à faire, afin de savoir quelles sont les particularités de sensibilité, de tempérament, qui prédisposent les individus à telles lésions, à telles formes symptomatiques, à l'occasion de la même cause provocatrice. Il suffit de rappeler un tel sujet pour en prouver l'importance.

Je viens de présenter un programme d'étude des maladies parasitaires. Je reconnais que, pour certaines, de grands progrès ont été accomplis; mais forcé que j'étais de les considérer dans leur ensemble, je ne pouvais aller plus loin, dans l'état actuel de la science et dans un livre tel que celui-ci.

III. Lésions des liquides.

Ceux qui voulaient expliquer la vie et la maladie par l'organisation, trouvaient dans les solides des rouages faciles à observer. Ces rouages, liés les uns aux autres et formant un tout continu, harmonique, réalisent complètement l'idée que l'on se fait d'un organisme. Cette idée n'est pas, il s'en faut, représentée lorsqu'on ne considère que les liquides. Le microscope a prouvé, sans doute, qu'il y avait dans les liquides des parties organisées. Mais des globules mobiles, indépendants l'un de l'autre et présentant une masse fluide, constituent tout au plus, chacun isolément, une espèce d'organisme, et ne reproduisent pas, dans leur ensemble, l'idée d'un organisme unitaire, comme est le corps vivant. Les relations de causalité entre ces globules et les actes hygides et pathologiques, ne sont pas apercevables. La difficulté de découvrir la partie maîtresse, directrice de la machine, a été bien plus grande que lorsqu'il s'agissait des solides, et tout espoir de trouver de ce nouveau côté un mécanisme éclaircissant le mystère a été interdit. Non-seulement la structure du corps telle qu'elle est révélée par l'anatomie, mais telle autre structure qu'on imaginera plus compliquée, plus perfectionnée, sera impuissante à donner le mot de l'énigme. C'est qu'en considérant les choses de haut et jugeant les causes d'après la nature des effets, il y a disconvenance complète entre les effets propres de la vie et une cause physico-chimique. Étant donnés les moyens d'observation et de réflexion à notre usage, il est impossible d'admettre qu'une cause physico-chimique puisse seule, sans sortir d'elle-même, produire une fièvre d'accès, une fièvre typhoïde, une syphilis, une rougeole, etc., etc., tant est grande la distance qui sépare la maladie d'une action quelconque appartenant à l'ordre inanimé.

Il faut donc en revenir à ceci que, comme les solides, les liquides sont des instruments mus par la cause spécifique de la vie, laquelle, pour arriver à ses fins, utilise leurs propriétés physico-chimiques. Les lésions anatomiques des liquides sont donc, à l'exemple des autres, des causes provocatrices ou bien des conséquences de la maladie.

Parmi ces lésions il convient de distinguer, ainsi que je l'ai fait pour celles des solides, les lésions formées sous la seule influence des lois physico-chimiques, et les lésions dans lesquelles, jusqu'à

plus ample informé, il faut admettre l'intervention de la vie. Lésions antérieures à l'action de la vie, lésions postérieures à cette action; toutes incontestablement, quels que soient l'époque, le mode de leur formation, sont, en tant que phénomènes, réductibles en un changement de la matière du corps ; les progrès de ce changement sont susceptibles de tomber sous les sens. C'est donc une étude possible et très-digne d'encouragement; mais, qu'on se tienne pour averti, en ce qui concerne les lésions d'origine pathologique, la physico-chimie peut seulement faire connaître le fait brut, le *comment* de la mutation survenue, mais la cause impulsive première et le *pourquoi* ne sont pas de son ressort. Ceci est un problème médical ; on a dit, avec raison et depuis longtemps, de la physique et de la chimie : *egregiæ medicinæ ancillæ.*

Les progrès modernes ont permis de mieux déterminer qu'auparavant les lésions anatomiques des humeurs. L'existence de plusieurs de ces lésions, admise par nos prédécesseurs, a été confirmée ; un grand nombre d'autres ont été découvertes. Ces acquisitions sont loin d'avoir amené un perfectionnement pratique proportionné avec leur chiffre. Toutefois plusieurs ont éclairé l'étiologie et le diagnostic de certaines maladies: phlegmasies, chlorose, diabète sucré, gravelle, maladie de Bright, etc. Les autres, quand leur réalité est prouvée, doivent, à l'avenir, faire partie de l'histoire des maladies auxquelles elles se rapportent; peut-être trouvera-t-on plus tard leur genre d'utilité pour la thérapeutique.

Les lésions du sang, à cause de leur importance, ont été le plus étudiées. Je dois me contenter de les indiquer d'une façon très-sommaire; pour cela je reproduirai la classification proposée par M. Monneret dans son *Traité de pathologie générale :*

1° Altérations des propriétés physiques ; 2° Altérations de la proportion des éléments; 3° Altérations de la quantité des globules rouges; 4° Altérations de la quantité des globules blancs; 5° Altérations de la quantité d'albumine ; 6° Altérations de quelques autres principes normaux du sang; 7° Altérations constituées par la présence d'un élément morbide avec ou sans analogue dans l'organisme sain.

Ce mode de classement en vaut un autre en tant que provisoire, et, avec des modifications appropriées, il peut servir pour les autres humeurs.

Nous sommes encore aux débuts de la révolution tentée par la

physico-chimie moderne dans l'humorisme médical. Qu'elle recueille les faits et s'assure de leur vérité, son rôle finit là ; le reste regarde le médecin. Qu'y gagneront les malades? Quiconque se prononcerait là-dessus serait bien hardi. Toutefois, on peut l'affirmer, ces faits doivent être accueillis avec faveur, à la condition qu'on ne leur donnera pas une importance exagérée, et qu'on ne négligera pas, pour eux, l'observation essentiellement médicale. En physiologie humaine comme ailleurs, toute conquête sur l'inconnu mérite d'être conservée. Nous ne sommes pas assez riches pour nous montrer dédaigneux, et la moins brillante, la moins utile en apparence, peut fournir plus tard un progrès pratique.

IV. Conséquences des lésions anatomiques.

Ces conséquences sont *immédiates* ou *médiates*. Les premières comprennent les changements produits par la lésion dans les parties voisines ou éloignées. Les secondes portent sur l'ensemble de la maladie et contribuent au dénoûment heureux ou malheureux. Les conséquences, qu'elles soient immédiates, médiates, varient selon la nature et l'étendue de la lésion. Je me contenterai de dire ce qui est commun à toutes.

1° *Conséquences immédiates.* — Une lésion anatomique a deux genres d'action : action mécanique, action dynamique. Là où siége la lésion, la partie est gênée, empêchée dans l'exercice de sa fonction hygide ; elle est altérée en tant qu'instrument. L'action mécanique est donc toujours présente; mais l'altération a souvent très-peu d'importance, et ses suites, quand il y en a, doivent être rapportées à l'action dynamique alors prédominante. C'est ainsi, par exemple, que la lésion d'un petit filet nerveux provoque de graves maladies, le tétanos, bien que cependant le désordre, en tant qu'instrumental, soit pour l'organisme d'une valeur presque nulle. C'est, au contraire, à l'obstacle mécanique qu'il faut rapporter les conséquences principales, lorsqu'un gros vaisseau est largement ouvert ou bien obstrué, lorsque le cœur est mis hors de service par une plaie, etc., etc. Si la partie empêchée peut être suppléée par celles qui, dans l'organe ou dans l'appareil, sont demeurées intactes, la scène morbide reste locale, et aucune conséquence sérieuse n'en résulte pour le sujet, à moins qu'une action dynamique perturbatrice n'intervienne.

En résumé, une lésion anatomique entraîne nécessairement

après elle un empêchement instrumental, et nécessairement aussi les suites sont graves quand cet empêchement enraye une fonction indispensable. Très-souvent les conséquences sont hors de proportion avec cet obstacle. Tantôt une lésion instrumentale médiocre provoque de grandes intolérances; tantôt une lésion considérable, mais non absolument mortelle, est bien tolérée. Ces différences doivent être mises sur le compte des variabilités de l'action dynamique, qui peut être à peu près nulle, excessive, et s'exercer entre ces deux extrêmes. Il y a une règle générale en ce sens que, d'ordinaire, telle lésion anatomique, en tant que provoquant la sensibilité et la réactivité, amène telles conséquences; mais cette règle souffre de nombreuses exceptions. Il suit de là que les conséquences provenant de l'action dynamique sont probables, mais non d'une certitude complète. Nous avons donc à apprécier, dans les suites d'une lésion anatomique: 1° ce qui appartient à la lésion instrumentale, et qui est *nécessaire*; 2° ce qui appartient à la susceptibilité vitale, et qui est *contingent*.

Les conséquences de ces deux actions isolées ou mêlant leurs produits, sont des changements dans la configuration des parties ou dans le jeu fonctionnel. C'est ce qu'on appelle *symptômes*, dont j'aurai à m'occuper bientôt. Mais une lésion anatomique n'amène pas seulement des symptômes, elle peut être aussi cause provocatrice d'une autre lésion. Ce mode d'extension de la maladie est une source féconde de complications que le praticien doit connaître et apprécier. Ce sujet mérite qu'on s'y arrête un instant.

Une même maladie présente fréquemment des lésions qui apparaissent à des époques successives. A la lésion ou aux lésions premières succèdent, selon l'ordre chronologique, des lésions dites secondaires. Les lésions secondaires surviennent de diverses manières.

D'abord, il faut distinguer celles qui se rattachent à une cause intercurrente étrangère à la maladie, un traumatisme par exemple.

En second lieu, il y a des lésions qui sont l'effet de la maladie se développant et parcourant ses phases naturelles. Telles sont les lésions qui se succèdent dans le cours d'une affection diathésique. Ces lésions secondaires ne doivent pas être confondues entre elles ni avec celles dont je vais parler.

Ici, la lésion secondaire a pour raison d'être la présence d'une lésion primitive, laquelle agissant par les modes dynamique, in-

strumental, et de la façon expliquée tout à l'heure, a rempli seule le rôle de cause provocatrice. Il est utile d'appeler l'attention sur ce genre de lésion secondaire.

La lésion consécutive est essentiellement une maladie dépendante, c'est-à-dire que la cause provocatrice y est l'indication principale. C'est un incident, et, d'ordinaire, une complication. La lésion consécutive est une réaction ou une subaction. Comme toutes les réactions et subactions, elle comprend deux facteurs pathogéniques : la cause provocatrice, fait initial, sans lequel rien de ce genre ne serait arrivé, et l'aptitude spéciale du sujet à sentir la provocation de telle manière et à se modifier en conséquence.

Une lésion des poumons trouble-t-elle la circulation au point d'amener dans le cerveau la modification qui a pour conséquence la lipothymie, la syncope, on ne peut méconnaître une subaction causée par le désordre du mécanisme instrumental.

Si, comme on l'observe dans certaines pneumonies, bien que la dyspnée soit modérée, il survient des troubles cérébraux consécutifs à ceux du poumon, il faut bien avoir recours, pour les expliquer, à une fluxion plus ou moins phlegmasique ; il s'agit alors d'une réaction d'origine particulièrement dynamique.

De même que les autres lésions dépendantes, la lésion consécutive peut s'émanciper, lorsqu'elle a pris assez de fixité pour exister par elle-même. Alors elle exige pour elle-même un traitement, celui de la cause provocatrice étant devenu insuffisant. Il importe que le praticien prévienne cette émancipation, en s'attaquant à la lésion provocatrice à l'époque où celle-ci tient encore la lésion consécutive sous sa dépendance.

L'étude des lésions consécutives est un vaste et intéressant sujet. Ces lésions doivent se montrer fréquemment dans un corps dont les parties instrumentalement et dynamiquement unies sont solidaires les unes des autres. Le praticien s'efforce de suivre la filiation morbide dont il s'agit, et d'apprécier les circonstances étiologiques sous l'influence desquelles la lésion a pris naissance. Il serait superflu de prouver que la thérapeutique est intéressée à ce diagnostic.

Il suffit encore d'indiquer que les lésions consécutives supposent un sujet déjà malade, très-impressionnable pour l'ordinaire et ayant un genre de sensibilité, de réactivité qui le prédispose à telles scènes pathologiques plutôt qu'à telles autres ; de là leur

fréquence, leur variété, leur tendance à subir l'empreinte de la maladie au milieu de laquelle elles apparaissent.

Le problème des lésions consécutives étant un problème d'étiologie, je renvoie le lecteur à la partie de ce livre où je traiterai de celle-ci. Là, j'étudierai les causes provocatrices mises en rapport avec la réceptivité du corps vivant, les tolérances, les intolérances. Ce que j'aurai à dire alors est ici parfaitement applicable. Ainsi, la formation, l'extension brusque et rapide de la lésion première, et en même temps une sensibilité exaltée, amènent aisément l'intolérance et des lésions consécutives. Voilà pourquoi ces dernières sont plus souvent observées dans les maladies aiguës, pendant le jeune âge. Pour des motifs contraires, la tolérance appartient plutôt aux maladies chroniques, à la vieillesse.

2° *Conséquences médiates.* — Il me reste à parler des conséquences de la lésion anatomique considérées au point de vue de l'ensemble de la maladie, de leur utilité, de leurs dangers.

Évidemment, toute lésion anatomique altérant d'une manière grave un organe important, ou provoquant d'autres lésions sérieuses par leur nature, leur siége ou leur multiplicité, est un événement fâcheux pour le sujet.

Les lésions consécutives sont des complications dans la majorité des cas ; elles tendent à détourner la maladie de la voie qui mène à la guérison. Il ne faut pas ignorer toutefois qu'il y a des lésions consécutives dont les conséquences sont heureuses et dont on doit souhaiter la conservation. Ainsi, l'insuffisance des valvules du cœur s'accompagne de l'hypertrophie du ventricule correspondant. Cette dernière lésion corrige, dans une certaine mesure, le mal fait par la première, et moyennant ce secours, la fonction du cœur peut se conserver assez régulière pour maintenir le sujet dans une situation passable pendant assez longtemps. Une lésion anatomique est donc capable de remplir un rôle utile.

La lésion qui représente un moyen de restauration est évidemment avantageuse. Tout le monde sait que la fluxion, la phlegmasie, la suppuration, l'atrophie, l'ulcération, la gangrène elle-même, etc., figurent au nombre des procédés de la chirurgie naturelle médicatrice.

On ne peut non plus méconnaître l'utilité de la lésion anatomique, quand elle fait partie d'une maladie quelconque tendant d'elle-même vers la guérison. Telles sont les lésions cutanées

d'une fièvre exanthématique : l'éruption est le meilleur remède de la viciation du système, cause prochaine de ces maladies.

Tout étant égal d'ailleurs, les lésions intérieures sont plus graves que les périphériques, et les synergies où elles existent sont moins assurées. Toutefois, lorsque l'espoir de changer le siége de la lésion est interdit, on doit souhaiter qu'elle parcoure ses phases, et la meilleure thérapeutique consiste à la maintenir au degré reconnu nécessaire pour la satisfaction du besoin morbide. Étant donnée une pneumonie dont l'étendue, l'intensité, la marche, les conséquences, ne sont pas rassurantes, la chose la plus désirable est que la phlegmasie suive la marche qui peut la conduire vers sa crise naturelle. La pneumonie est, plus souvent qu'on ne le croit, une maladie plutôt à diriger qu'à combattre, et il y a beaucoup d'objections à adresser aux praticiens à qui le diagnostic d'une pneumonie suggère invariablement une thérapeutique jugulatrice.

Cette thérapeutique n'est admissible que lorsque la lésion anatomique amène avec elle un danger réel, qu'on apprécie d'après l'état des forces et les autres circonstances de la maladie. S'agit-il, par exemple, d'une phlegmasie de l'encéphale, du cœur, on s'efforcera de l'arrêter dès qu'on l'aura reconnue, parce que l'évolution naturelle de ces maladies est toujours dangereuse.

V. Signification des lésions anatomiques.

La lésion anatomique, étant une manifestation fréquente, importante de l'état morbide, doit servir à la détermination de ce dernier. Sous ce rapport, la médecine moderne a fait un incontestable progrès. Grâce à elle, les changements matériels survenus dans le corps sont infiniment mieux étudiés qu'auparavant. La connaissance de ces changements étant devenue plus facile et plus exacte, celle de la maladie s'est perfectionnée d'autant.

Parmi les lésions anatomiques, il en est qui sont spéciales, fortement accentuées, et appartiennent en propre à tel état morbide ; en sorte que, dans l'immense majorité des cas, il suffit de constater la lésion pour affirmer la présence de telle maladie : pustule variolique, tubercule, cancer, etc. Ces lésions sont les plus significatives, et pour ce motif on les nomme *pathognomoniques*.

D'autres lésions, en plus grand nombre, que j'appelle *communes* parce qu'on peut les rencontrer à peu près partout, sont bien moins significatives, et on ne peut pas conclure de leur seule présence

à celle de telle nature morbide : il en est ainsi de la fluxion, de la phlegmasie, de l'hémorrhagie, de l'ulcération, etc. En réalité, elles participent de la nature morbide et en portent probablement l'empreinte ; mais cela n'est appréciable que pour certains cas où cette empreinte est plus fortement dessinée. Un ulcère ayant tels caractères, par exemple, est considéré comme étant de provenance syphilitique, scrofuleuse, scorbutique, etc. Il n'est pas aussi facile de rattacher une fluxion, une phlegmasie, une hémorrhagie, etc., à l'état morbide qui leur a donné naissance ; cependant la science a fait à cet égard des observations précieuses, qui s'augmenteront de beaucoup d'autres lorsqu'on étudiera mieux les rapports existant entre la lésion anatomique et l'état morbide.

Nous savons que telles affections ont une tendance particulière à se réaliser du côté de tels tissus, de tels organes, de tels appareils : rhumatisme, goutte, herpès, scrofule; et ce sont là autant de notions utiles au diagnostic de ces affections.

Il est pareillement impossible de nier que la constatation d'une lésion anatomique marchant dans tel sens, siégeant dans tel organe, ne soit d'un grand secours pour prédire l'issue de la maladie.

Ces choses sont autant de vérités vulgaires, admises dans toutes les Écoles. Je me dispense d'en donner les preuves.

Mais je rencontrerai des incrédules si je dis qu'il ne faut pas donner aux lésions anatomiques une valeur absolue, et ne voir qu'elles pour le diagnostic. Il est pourtant certain que les lésions les plus pathognomoniques peuvent manquer dans la maladie à laquelle elles appartiennent d'habitude ; qu'elles peuvent exister sans que la maladie soit présente ; que, dans l'état actuel de la science, elles sont plus d'une fois trompeuses ou sans signification bien déterminée. En outre, leur diagnostic oppose fréquemment de grands embarras et est même impossible. L'action des sens a des limites. Plus d'une fois la partie importante d'un changement matériel nous échappe. En présence d'une lésion, les médecins ne sont pas toujours d'accord pour en déterminer la nature et pour la nommer. L'anatomie pathologique a, elle aussi, ses incertitudes, ses déceptions, ses impossibilités, et il y a beaucoup à rabattre dans l'opinion qui veut en faire la partie positive de la médecine.

Pour tous ces motifs, la lésion anatomique ne peut pas être considérée comme contenant en elle seule toute la maladie.

Je reviendrai sur ces objets, et donnerai tous les développements nécessaires au chapitre du *Diagnostic*.

VI. Lésions organiques.

Ce mot est passé dans le langage habituel; il doit répondre à une idée spéciale, mais cette idée n'a pas été encore bien dégagée. Établissons d'abord que, d'après l'usage, toute lésion *anatomique* n'a pas le droit de s'appeler lésion *organique*. Personne certes ne nommera ainsi une hémorrhagie, un épanchement, ni aucune altération des liquides. Tout le monde est d'accord sur ceci que, dans la lésion organique, l'altération des tissus est la chose prédominante. Mais, parmi les nombreuses lésions de ce dernier ordre, quelles sont celles qu'il convient d'appeler organiques?

Je n'ose pas dire que Corvisart a, le premier, employé ce mot dans son *Traité des maladies du cœur*. Il est hors de doute pourtant qu'il l'a vulgarisé, en lui attachant d'instinct plutôt qu'autrement un sens particulier.

Richerand [1] admet des lésions *physiques*, des lésions *vitales*, des lésions *organiques*. Les dernières, cela se conçoit, sont aisément distinguées des premières; il était plus difficile de les distinguer des secondes. Ne pouvant mieux, Richerand a dit que la lésion organique était caractérisée par une altération plus profonde de l'organe. Cette définition, ne stipulant rien de précis, laisse trop à l'arbitraire; elle est d'ailleurs plus que vague, elle est inexacte. Dans une pneumonie, dans une cachexie, dans une fièvre typhoïde avancée, etc., l'altération est très-profonde, et tout le monde répugnera à appeler cela, lésion organique.

Pinel étend prodigieusement le sens de ce mot; c'est le titre de la classe cinquième de sa *Nosographie*. Il prend à la lettre l'idée de Richerand, et non-seulement, pour lui, la lésion organique est un dérangement notable dans l'organisation des solides, mais encore les altérations, les accumulations de fluides sont des lésions organiques, ainsi que les plaies, les fractures et tout ce qui se traite chirurgicalement. Son livre n'embrassant que les maladies de l'ordre médical, il divise les lésions organiques en deux sections. La première comprend les altérations capables de s'étendre à presque toutes les parties : scorbut, gangrène, cancer, phthisie, sy-

[1] Richerand; *Nosographie chirurgicale*, tom. I, pag. 22.

philis, etc. Nous trouvons dans la seconde les altérations propres à un certain ordre de parties: appareil vasculaire sanguin, exemple: anevrisme; appareil lymphatique, exemple: hydropisie; appareil cellulaire, exemple: scléréme; appareil des viscères, dernière subdivision où figurent ensemble l'ictère des nouveau-nés, le diabète, les calculs biliaires, urinaires, les vers intestinaux, etc. mélange singulier qui trahit le vice de la définition et l'embarras du nosologiste.

Delpech [1] entrevoit la vérité. En modifiant les termes dont il se sert, nous arriverons à une définition conforme à l'idée qu'on a généralement de la lésion organique. Pour Delpech, on rencontre la lésion organique dans toute maladie susceptible d'une méthode chirurgicale, et consistant en un changement essentiel dans l'organisation de la partie affectée.

J'admets *susceptible d'une méthode chirurgicale,* si par ces mots Delpech entend que, dans ces maladies, l'indication dominante est chirurgicale, soit qu'on puisse la remplir, soit qu'on ne le puisse pas.

J'approuve *changement essentiel dans l'organisation de la partie*, dans ce sens que le fait important de la maladie est, en l'état, une altération de structure, portant par conséquent sur les solides.

Ajoutez que les lésions aiguës doivent être éliminées de ce groupe, ainsi que celles qui sont traumatiques, et nous avons les éléments d'une définition exacte des lésions dont il s'agit.

Pour justifier ce dire, cherchons ce qui est appelé communément lésion organique; nous trouvons:

1° Les vices de conformation d'origine tératologique ou morbide. La lésion est ici essentiellement un dérangement de la structure, au-dessus des ressources de la faculté médicatrice.

2° Les lésions qui, dans l'état actuel de la science, ne peuvent être rattachées à une affection de l'ensemble, et dont les causes paraissent purement locales: tels sont la plupart des anévrismes, des tumeurs fibreuses, des kystes, etc.

3° Les lésions qui, dans le principe, se rattachaient à une affection, mais qui sont constituées par une altération des tissus trop avancée pour disparaître avec l'affection: telles sont beaucoup de lésions du cœur primitivement liées au rhumatisme, une exostose

[1] Delpech; *Précis des maladies réputées chirurgicales,* tom. III, pag. 242.

d'origine syphilitique survivant à l'affection, et persistant parce que les tissus sont trop éloignés de leur structure normale pour pouvoir y être ramenés, etc., etc. Je place à la suite les lésions irrésolubles par elles-mêmes, qui par leur apparition ont mis fin à l'affection de l'ensemble : tels sont les cancers guéris par l'opération. Quand le sujet a vécu longtemps après cette opération sans présenter un autre cancer, il est permis de croire que l'affection a disparu, épuisée par la formation de son premier produit.

4° Enfin, par une extension très-acceptable, on appelle *organiques* les lésions, toujours irrésolubles, qui s'accompagnent encore de l'affection qui leur a donné naissance, cette affection étant incurable dans l'immense majorité des cas.

Dans toutes ces lésions, je le répète, l'altération de structure est d'une nature telle que le seul traitement concevable est ou serait un traitement chirurgical. Si l'on avait lieu de croire que la maladie est de celles qui ressortissent à la thérapeutique médicamenteuse, hygiénique, la pensée d'employer le mot lésion organique ne se présenterait pas.

Delpech avait donc raison : la lésion organique est celle dans laquelle l'altération de structure réclame l'indication principale, cette indication suggérant l'action chirurgicale et ne paraissant pas, dans l'état actuel de la science, pouvoir être remplie autrement.

Il résulte, de ce qui précède, que le mot lésion organique a sa raison d'être dans la pensée qu'on a affaire à une altération entretenue par des causes locales au-dessus de la portée des agents dits médicinaux, et dont on ne conçoit la guérison possible qu'à l'aide d'un traitement chirurgical. Vienne un progrès thérapeutique qui rende le cancer, la tumeur fibreuse, le lipome, etc., justiciables de l'hygiène, de la pharmacodynamie, et ces lésions cesseront d'être appelées organiques par le praticien.

ARTICLE II. — DU SYMPTÔME.

Tant que l'état morbide reste seul, la maladie est pour le sujet comme si elle n'existait pas; elle ne commence pour lui qu'à partir de la lésion. La lésion est-elle cachée et tolérée au point que rien n'avertit de son existence, on n'a encore aucune raison pour se croire malade; mais la lésion s'accompagne-t-elle de conséquences appréciables, change-t-elle la configuration des parties, gêne-t-elle

l'acomplissement d'une fonction, provoque-t-elle des sensations ingrates : alors elle est révélée, et la chose qui la révèle s'appelle *symptôme*, parce que sa présence annonce celle de la maladie (πτόω ou πίπτω, je tombe, σὺν, avec.)

Certes la lésion est *symptôme*, en ce sens qu'elle traduit l'état morbide; mais c'est un symptôme à part, différent de l'autre qu'elle précède, dont elle est la cause. Ce qui caractérise le vrai symptôme, c'est de tomber toujours sous les sens. Or, la lésion s'y dérobe, soit parce qu'elle est profondément située, soit parce qu'étant plus particulièrement dynamique, elle ne s'accompagne d'aucune altération matérielle appréciable. Dans ces cas très-fréquents, le mal n'est reconnaissable que grâce aux symptômes. Tous ces motifs justifient la distinction qu'on a faite et la signification spéciale donnée par l'usage au mot symptôme.

Le symptôme est l'expression de la maladie. On s'est trompé en disant que cette dernière est une collection de symptômes. On a pu le croire un moment, lorsque les premiers malades ont été observés. Bientôt on a été convaincu que les symptômes devaient être rattachés à une cause intérieure. Mais quelle était cette cause ? Ceux qui n'avaient pas confiance dans les réponses faites à cette question, trouvaient prudent d'en rester aux symptômes. On ne le peut plus depuis les progrès de l'anatomie pathologique. On croit forcément aux lésions, et on y rattache les symptômes. Plusieurs, ne jugeant pas la notion de l'état morbide assez positive, ne l'admettent pas encore dans la science. Néanmoins, la définition de la maladie que je viens de rappeler est aujourd'hui impossible, à moins de confondre la lésion avec le symptôme. Facile ou difficile, vague ou déterminée, l'admission de l'état morbide me semble inévitable, malgré l'opposition qu'on lui fait, et je répète : État morbide, lésion, symptôme, voilà l'ordre logique. Il a été fâcheux pour la médecine que cet ordre n'ait pas pu être suivi dès le début, et qu'il ait fallu tant attendre pour aborder sérieusement l'étude de ce qui est intermédiaire, de la *lésion*.

Le diagnostic commence avec le symptôme, se perfectionne quand on passe à la lésion, et se complète par la connaissance de l'état morbide. En pratique, on ne peut pas toujours fournir ces trois étapes : on rencontre des maladies dont on ne sait que les *symptômes*; d'autres dont on ne sait pas l'*état morbide*; d'autres, enfin, dont on ne sait que les *symptômes* et l'*état morbide*.

Le symptôme porte l'empreinte de la lésion, laquelle porte à son tour l'empreinte de l'état morbide; par conséquent, le symptôme sert au diagnostic de l'état morbide. Nous avons vu, à l'article *Lésion*, que celle-ci était loin, à mes yeux du moins, de traduire exactement l'état morbide; à plus forte raison en est-il de même du symptôme.

Le symptôme n'est rien par lui-même, il ne vaut que par ce qu'il signifie. Le symptôme est comme les couleurs d'un tableau, les lettres d'un livre, il faut l'interpréter. Son témoignage peut être décevant; il peut manquer à la maladie, il peut se montrer chez un sujet bien portant.

Il y a, en effet, des symptômes que l'on rencontre dans l'état hygide : la douleur, le froid, la chaleur, l'accélération du pouls, le larmoiement, la fatigue, la courbature, etc., se rencontrent en santé comme en maladie. Il existe donc, en dehors de ces phénomènes, des circonstances à l'aide desquelles nous apprenons qu'ils signifient la maladie, et telle maladie et non telle autre.

Le mot de Galien : *le symptôme suit la maladie comme l'ombre suit le corps*, doit par conséquent être accepté sous réserve; car nous connaissons des maladies sans symptômes, et des symptômes sans maladie. D'ailleurs, on ne saurait établir entre ce symptôme et la maladie une proportion exacte, comme entre l'ombre et le corps.

Broussais a dit que le symptôme était le cri de l'organe souffrant. Cette métaphore poétique a fait fortune. Est-ce l'organe qui souffre et qui crie? A ce compte, il y a dans le corps beaucoup d'êtres capables de souffrir et de crier, et il est singulier qu'un adversaire aussi ardent de l'ontologie en ait abusé à ce point. La vérité est que c'est l'ensemble qui souffre et se plaint *dans* et *par* l'organe, souvent partout et non dans telle partie limitée. D'ailleurs, le mot souffrance ne donne pas une idée complète des symptômes. Le bien-être, l'insensibilité, sont fréquemment de véritables symptômes. Plus d'une fois le symptôme n'implique aucune idée se rapportant à l'état de la sensibilité. Tels sont le râle crépitant, les altérations indolores de la peau et des muqueuses extérieures, etc. Le mot de Broussais n'est pas une définition scientifique, c'est un trait d'esprit.

Le symptôme est *signe*, mais il ne devient tel qu'à la suite d'un raisonnement, tantôt facile, tantôt difficile. Ce qui constitue une

lésion n'en est pas le symptôme, et l'on ne dira pas avec convenance que la solution de continuité traumatique est le symptôme d'une plaie, que le gonflement, la fluxion douloureuse, la suppuration, sont les symptômes d'une phlegmasie. On s'exprime bien, au contraire, en disant que le vomissement de sang est un symptôme de la plaie de l'estomac, que la dyspnée est un symptôme de la phlegmasie du poumon, parce que, l'hématémèse n'appartenant pas nécessairement à la plaie de l'estomac, pas plus que la dyspnée à la pneumonie, il faudra d'autres motifs et une opération d'esprit avant de conclure que tel vomissement de sang est le signe d'un ulcère chronique de l'estomac, que telle dyspnée est le signe d'une pneumonie.

Les détails dans lesquels je viens d'entrer montrent que les symptômes sont des phénomènes qu'il convient de séparer des autres particularités de la maladie, et qu'ils méritent un nom à part. La pathologie étant la science où les choses de ce genre se rencontrent spécialement, le mot *symptôme* a été créé par elle; elle s'en sert beaucoup et à peu près seule. Ce mot est, en effet, sans emploi dans les sciences où tout est lié par des relations nécessaires; il n'entre pas dans le langage des chimistes, des physiciens, des astronomes.

Les gens du monde l'empruntent aux médecins dans des circonstances où l'analogie paraît suffisante pour justifier cet emprunt. Ainsi, en présence des premiers résultats d'une affaire en cours d'évolution, ils disent: voilà d'heureux ou bien de fâcheux symptômes. Si cette croyance est énoncée après pondération des motifs, si le dénoûment prévu n'est pas d'une certitude mathématique, la situation rappelle assez celle du praticien aux prises avec un problème thérapeutique, pour que ce mot puisse être employé dans un sens figuré.

Le symptôme, étant la conséquence d'une lésion morbide, a une couleur spécialement pathologique. Aussi ce mot n'est-il pas usité en physiologie hygide. Si dans quelques cas douteux, après examen et délibération, on décide qu'un individu est bien portant, on arrive à cette conclusion en prouvant que tel phénomène dont la signification était incertaine n'est pas d'origine pathologique, et par conséquent n'est pas un symptôme.

Tout le monde peut constater des symptômes. Les uns s'imposent aux moins attentifs, les autres doivent être cherchés et

exigent une certaine éducation des sens, l'emploi de moyens auxiliaires. L'exercice professionnel donne naturellement au médecin, dans ce genre de recherches, une aptitude que les autres n'ont pas. Il y a donc un art pour trouver les symptômes, après lequel vient l'art de les interpréter. L'habileté dans l'un n'implique pas, il s'en faut, l'habileté dans l'autre. Certains médecins, très-remarquables pour le premier, sont très-médiocres pour le second; et pareillement, tels praticiens très-capables d'apprécier la valeur des symptômes, laissent à désirer au point de vue de l'éducation des sens nécessaire à la constatation de quelques-uns d'entre eux. Ces deux imperfections ont chacune de graves inconvénients : la première rend inutiles les matériaux laborieusement amassés ; la seconde expose à manquer de matériaux parfois très-nécessaires. Évidemment il faut, autant que cela se peut, posséder l'art de trouver les symptômes en même temps que celui de les interpréter.

L'art d'interpréter les symptômes exige des connaissances pathologiques et thérapeutiques approfondies. Ces connaissances ne sont pas indispensables pour chercher les symptômes ; toutefois elles apprennent à bien chercher et à trouver promptement.

Un sujet paraît bien portant. Les symptômes qu'il présente sont si peu prononcés qu'il ne s'est pas aperçu de leur présence. Ces symptômes n'ont pas même attiré l'attention d'un médecin inexpérimenté. Un praticien plus habile les remarque, et ils lui révèlent l'existence d'une maladie, peut-être grave, dont le sujet est atteint. Ce cas se présente plus d'une fois au début de la paralysie générale des aliénés.

C'est surtout dans l'interprétation des symptômes que se manifeste l'habileté pratique. Les symptômes sont les mots d'une langue spéciale. Celui qui a bien étudié ces mots et cette langue en saisit le vrai sens. Les autres n'en savent qu'une partie ou se trompent complètement.

Tout le monde connaît le fait classique suivant : Galien, étant malade, entendit les personnes qui l'entouraient s'entretenir de phénomènes (rougeur de la face, yeux vifs, hagards, enflammés) qu'elles venaient de constater en l'examinant. A l'instant, Galien s'écrie qu'on y prenne bien garde, qu'il est menacé de délire, et il réclame les remèdes propres à conjurer l'accident. Les assistants avaient vu des symptômes ; Galien en avait compris le sens en les transformant en signes.

La symptomatologie a donc pour compagne obligée la *séméiologie* ou *séméiotique* (σημεῖον, signe), qui rend intelligible la langue des symptômes.

La séméiologie n'utilise pas seulement les symptômes actuels, elle profite de ceux qui ont précédé, elle note leur ordre de succession, et en outre se sert de tout ce qui, dans les anamnestiques ou dans les effets du traitement déjà employé, peut éclairer le problème. Fernel a dit : *Omne symptoma signum est, non tamen omne signum symptoma*. Et de fait, la connaissance que l'on a de la manière avec laquelle une maladie a été contractée, est un signe, sans être pourtant un symptôme. Tout symptôme est certainement *signe*, en ce sens qu'il est une révélation d'une cause cachée. Mais quelle est cette cause? et que d'erreurs en ce genre ! que de symptômes dont la signification n'est pas ou est mal appréciée ! Reconnaître la fièvre est quelque chose sans doute ; mais il est mieux de savoir que cette fièvre est symptomatique ou idiopathique, mieux encore de savoir que c'est une fièvre symptomatique de telle lésion, ou une fièvre idiopathique de telle nature. Autant vaut l'interprétation du symptôme, autant valent le diagnostic et le pronostic. Le traitement du pur symptôme est le pis aller de la thérapeutique.

Il est maintenant aisé de définir le symptôme.

Les symptômes sont, parmi les phénomènes de la maladie, ceux qui proviennent d'une lésion. Les symptômes sont perçus par le malade ou par le médecin (subjectifs, objectifs) ; ils doivent être transformés en signes à l'aide d'un raisonnement séméiologique.

Ainsi le symptôme se distingue des autres phénomènes : étiologiques, thérapeutiques, qui ne proviennent pas d'une lésion; et de la lésion elle-même.

Les définitions suivantes ne font pas cette séparation et ne sont pas exactes, bien qu'elles soient très en crédit :

« Tout changement perceptible aux sens, survenu dans quelque organe ou dans quelque fonction, et lié à l'existence d'une maladie, est un symptôme [1]. »

« Les symptômes ne sont autre chose que des phénomènes liés à un état morbide [2]. »

Je n'imiterai pas l'exemple des auteurs qui ont cru devoir

[1] Chomel; *Pathologie générale*, pag. 127.

[2] Dubois (d'Amiens); *Pathologie générale*, tom. I, pag. 87.

énumérer et apprécier la longue série des symptômes. Ce travail, spécial autant qu'une chose peut l'être, est, à mes yeux, un hors-d'œuvre dans un livre tel que celui-ci. La pathologie générale doit se contenter d'étudier ce qui est commun à tous les symptômes : *origine, formation, succession, caractères, signification,* toutes ces notions étant présentées de manière à servir le diagnostic et le pronostic. Tel est le cadre que je m'efforcerai de remplir. Évidemment les détails que je vais exposer sont la continuation de ceux dont j'ai déjà parlé sous le titre de : *Conséquences des lésions anatomiques.*

§ I. Origine des symptômes.

Il ne suffit pas de dire que le symptôme est la conséquence de la lésion des parties, il faut encore mentionner les circonstances qui concernent cette lésion et celles qui en modifient les effets. Mieux on appréciera la nature propre de la cause du symptôme, mieux on comprendra la signification de ce dernier.

L'ensemble des symptômes peut être divisé en plusieurs groupes, dont chacun se rapporte à une lésion spéciale. Il importe au diagnostic de ne pas se tromper dans ce travail. Le plus souvent, le lecteur s'en souvient, les lésions sont multiples dans une maladie. Les cas sont rares où, comme dans la névralgie simple, par exemple, il n'existe qu'une seule lésion depuis le commencement jusqu'à la fin. Connaître expérimentalement les symptômes habituels d'une lésion donnée, ainsi que les exceptions possibles, est d'une utilité évidente.

Les lésions observées dans le cours d'une maladie n'apparaissent pas à la même époque. J'ai dit plus haut le pourquoi de cette succession. Les unes sont l'effet du développement spontané de la maladie ; d'autres surviennent à la suite d'une lésion précédente qui remplit à leur égard le rôle de cause provocatrice; d'autres enfin sont suscitées par une cause venue du dehors.

Les symptômes des premières sont ceux de la maladie elle-même ; on les trouve énumérés dans les traités de pathologie spéciale.

J'en dis autant des symptômes des secondes, quand ces lésions sont assez constantes pour mériter d'être considérées comme faisant habituellement partie de la maladie; tels sont les symptômes pulmonaires accompagnant une grave maladie du cœur, la fièvre

symptomatique de l'éruption varioleuse. Les lésions consécutives et leurs symptômes, par conséquent, se présentent assez fréquemment à titre d'exceptions; on doit les attribuer alors à des prédispositions spéciales, comme, par exemple, une lésion du cerveau suscitée chez certains sujets par une pneumonie. Quant aux symptômes des lésions provoquées par une cause étrangère à la maladie, ils sont toujours surajoutés à ceux de cette dernière.

De là, la distinction des symptômes en *habituels* et *accidentels*. Les anciens appelaient les symptômes accidentels, tantôt *épiphénomènes*, tantôt *épigénomènes*. Les épiphénomènes se rattachaient particulièrement à la maladie et aux prédispositions actuelles du sujet; exemples : un ictère survenant pendant le cours d'une fièvre bilieuse, le flux menstruel apparaissant avant son temps pendant une maladie inflammatoire, etc. Les épigénomènes provenaient de causes extérieures, exemples: une indigestion à la suite d'un excès de table; l'excitation fébrile ou bien le spasme succédant à une émotion morale, à une fatigue intellectuelle ; les symptômes qui succèdent à l'action d'un médicament. Les mots épiphénomènes, épigénomènes ont vieilli, mais la distinction est vraie ; il n'est pas de praticien qui ne la fasse, au moins au lit du malade. Chacun, en effet, sent la nécessité de ne pas confondre les symptômes habituels à la maladie elle-même et les symptômes exceptionnels dus à des lésions qu'une idiosyncrasie spéciale a fait naître du sein même de la maladie. On sépare aussi des autres les symptômes qui surviennent après une erreur d'hygiène, ceux qui se rattachent à une cause morbifique intercurrente, ceux qui s'expliquent par l'application d'un agent thérapeutique. Le diagnostic, le pronostic, le traitement, diffèrent selon qu'il s'agit de l'une ou de l'autre de ces choses.

L'individu et ses qualités propres influent puissamment sur la formation des lésions, sur leur nature, leur intensité, et par conséquent sur les symptômes. On comprend sans peine que, selon la manière de sentir et de réagir du sujet, l'aspect de la maladie et même sa nature doivent changer. Une maladie, tout en restant la même au fond, ne se développe pas d'une manière identique chez tous les individus; à côté des symptômes essentiels, qui sont habituellement constatés, les autres symptômes offrent, suivant les cas, de notables différences. Soit, par exemple, la dysenterie. On trouvera, dans l'immense majorité des observations, les douleurs abdomi-

nales, le flux glaireux mêlé de sang, le ténesme. Ces symptômes appartiennent en propre à la dysenterie et la font reconnaître. Ceux qui existent simultanément n'ont pas la même constance, et leur diversité peut être portée aussi loin que possible : ce sont des symptômes tantôt inflammatoires, tantôt ataxiques, tantôt bilieux, etc. Les prédispositions individuelles, l'état des forces, expliquent ces différences, d'une valeur pratique si grande, et il importe, cela est trop clair pour être démontré, de rattacher chacune de ces différences à sa cause.

En résumé, dans la même maladie les lésions peuvent être et sont très-souvent multiples et d'origine distincte ; il est indispensable d'être prévenu de ces éventualités pour grouper ensemble les symptômes congénères et en comprendre la signification.

Ce que j'ai dit au sujet de la succession des lésions, dans les pages précédentes, me dispense de parler de la succession des symptômes. Quant au mode de formation de ces derniers, le lecteur trouvera plus loin ce qu'il est nécessaire d'en savoir.

§ II. Caractères des symptômes.

Je crois bon de conserver, sauf explication, une distinction déjà faite : le symptôme est *statique*; il est *fonctionnel*.

Le symptôme *statique* est la conséquence d'une lésion anatomique exerçant sur son voisinage une action matérielle. Une tumeur volumineuse pousse devant elle les tissus qui la recouvrent et se dirige du côté où elle éprouve le moins de résistance. Selon sa constitution histologique, elle est solide, molle ou fluctuante. Les choses se passent comme dans le monde inorganique et sont *nécessaires*. On peut dire exactement du symptôme statique qu'*il suit la maladie comme l'ombre suit le corps*. Il en est de même de certains symptômes fonctionnels dont je parlerai tout à l'heure; mais ce qui caractérise essentiellement le symptôme statique, c'est qu'il est lié à la configuration des parties considérées en tant qu'inertes. Aussi persiste-t-il après la mort, tant que les propriétés physiques de la partie altérée restent les mêmes. Le symptôme statique n'est pas la lésion, mais il s'y rattache aussi étroitement que possible. Ce n'est pas une raison pour les confondre, car il y a entre eux la différence qui sépare une cause de son effet. Le soulèvement des côtes n'est pas l'épanchement pleurétique, à l'existence duquel

cependant son existence est attachée, il en est le symptôme; j'en dis autant de la matité, etc., etc.; et comme ces phénomènes n'ont pas besoin, pour exister, que les parties fonctionnent, on les observe après la mort comme pendant la vie.

Ainsi que son nom l'indique, le symptôme *fonctionnel* est l'altération de la fonction d'un organe atteint d'une lésion morbide. Les altérations fonctionnelles sont nombreuses; on peut les rattacher toutes aux modes généraux suivants : défaut, diminution, excès, irrégularité; par exemple : pouls nul, faible, fort, intermittent. J'ai dit que le symptôme fonctionnel n'existe que pendant la vie. On aurait tort de m'objecter que l'absence du pouls, le défaut de sensibilité, s'observent aussi sur le cadavre, car ce ne sont pas alors des symptômes de maladie. Il est normal qu'il en soit ainsi, et il n'est pas normal du tout que le cadavre présente une tumeur, une voussure du thorax, etc. (symptômes statiques), indiquant une altération dans les parties sous-jacentes.

Les symptômes fonctionnels sont la conséquence d'une lésion de la structure de l'organe, d'une lésion des facultés vitales, ou bien ils ont cette double origine. Les premiers sont *physiques*, les seconds *dynamiques*, les troisièmes *mixtes*.

Le symptôme *fonctionnel physique* est, comme le symptôme statique, une conséquence nécessaire de la lésion; mais il exige, pour être perçu, que la partie fonctionne ou qu'on essaie de la faire fonctionner, ce qui suppose la vie. Il est dans la nature de ce symptôme d'être formé à l'aide d'un mécanisme intelligible. Plusieurs de ces mécanismes sont d'une simplicité telle qu'ils ont été de tout temps connus. Le premier venu comprend pourquoi un membre fracturé, luxé, fonctionne mal. Pendant longtemps on a été mal renseigné sur l'anatomie de certains organes, et à mesure que la lumière s'est faite de ce côté, on a été à même d'expliquer la formation des symptômes qui se rattachent à des lésions de structure de ces organes. Si des incertitudes restent encore au sujet du mécanisme des bruits que font entendre le cœur, le poumon malades, c'est que l'anatomie physiologique de ces organes, quoique bien avancée, n'est pas entièrement connue; mais on doit admettre la possibilité d'un progrès tel, en ce genre, que l'explication des phénomènes physiques dont je parle ne laisse rien à désirer et rallie tous les suffrages. Plus la fonction d'une partie présente de phénomènes mécaniques, plus est légitime l'espérance

d'apprécier un jour les conséquences physiques des lésions de cette partie. Les chances diminuent là où le mécanisme tient une moindre place et est difficile à dévoiler. Il existe, entre autres, un système d'organes (nerfs et centres nerveux) dont les ressorts sont actuellement étudiés avec une ardeur qui s'alimente du mystère qui entoure leur fonctionnement. Les efforts tentés sont louables sans doute, et n'ont pas été sans fruit; mais ils n'ont pas encore amené des résultats assez assurés, assez importants pour que la pathologie des nerfs et des centres nerveux en soit notablement perfectionnée. On a pu sans contredit, à l'aide des découvertes récentes sur la structure et les fonctions de l'appareil dont je parle, arriver au diagnostic exact du siége de quelques lésions, confirmer, au sujet des *sympathies*, des vérités acquises, etc.; mais, je le répète, malgré tant de travaux, l'histoire et le traitement des maladies des centres nerveux et des nerfs restent à peu près, pour le praticien, ce qu'ils étaient auparavant.

Le symptôme *fonctionnel dynamique* est celui qui fait partie de l'ordre de phénomènes spécifiques qui sont irréductibles à ceux de l'ordre brut. On les constate, on les nomme, mais leur cause prochaine échappe à l'observation directe, cette cause étant la cause vitale elle-même modifiée. A ce point de vue, le symptôme fonctionnel dynamique est inexplicable. S'il n'était pas expérimentalement constaté, rien dans l'étude physico-chimique du corps ne permettrait de le prévoir, ni de donner la théorie de sa formation. Étant donné un instrument construit et fonctionnant comme le poumon, son étude mécanique ne peut nous apprendre, par exemple, pourquoi la douleur est une conséquence des lésions qui l'atteignent. Nous savons certes que la douleur suit habituellement quelques-unes de ces lésions; mais pourquoi en est-il ainsi? quelle est la cause nécessaire, essentielle de la douleur? Nul ne peut le dire. Il n'existe pas une seule lésion du mécanisme à laquelle on puisse rattacher la douleur comme une conséquence inévitable. Les lésions le plus souvent, le plus fortement douloureuses, peuvent exceptionnellement se montrer indolores, de même que la douleur peut exister là où le mécanisme paraît intact. Fréquemment, il y a un défaut évident de proportion entre la lésion matérielle et la douleur. On a donc raison de penser que la cause adéquate, la cause vraie de la douleur, n'est pas dans le mécanisme altéré, mais bien dans la partie du corps vivant que nos sens

ne peuvent atteindre. Cette partie étant appelée *dynamisme*, la douleur est un phénomène dynamique.

Il n'en est plus de même s'il s'agit d'un symptôme *fonctionnel physique*, soit, par exemple, le souffle bronchique. N'est-il pas vrai que pour quiconque connaît suffisamment les lois de la mécanique acoustique, la structure et la fonction du poumon, l'existence de ce souffle dans certaines lésions de cet organe non-seulement ne doit pas étonner, mais encore pouvait être prévue; qu'il y a correspondance parfaite entre ces lésions et le souffle en question; que toutes les fois que les mêmes conditions matérielles existent, ce souffle doit se présenter, et qu'en dehors de ces conditions il est impossible? Donc la vraie cause, la cause adéquate du souffle bronchique, est physique, et ce souffle est justement caractérisé lorsqu'on dit qu'il est un symptôme physique.

Les symptômes physiques, les symptômes dynamiques, se trouvent habituellement ensemble dans une foule de maladies, cela se conçoit sans peine. Le praticien doit connaître leur diversité d'origine, leurs modes propres de formation, leurs rapports mutuels et leur signification respective.

Il me suffit de dire que la persistance du symptôme dynamique après la mort est absolument impossible.

Les auteurs de pathologie générale ont réuni en groupes spéciaux des symptômes qui présentent des caractères communs : symptômes *généraux*, symptômes *locaux*.

Les symptômes généraux sont ceux qui sont perçus dans l'ensemble : faiblesse, excitation, etc.; ils impliquent une lésion assez sérieuse, ou bien des lésions assez multiples pour atteindre et modifier le système entier.

Les symptômes locaux sont circonscrits dans une partie. Il est tels symptômes qui par leur nature peuvent être tantôt généraux, tantôt locaux. D'autres ne peuvent être que locaux : râle crépitant et toutes les altérations des fonctions spéciales.

J'ai dit, il y a un instant, que selon les circonstances une même lésion avait ou n'avait pas un retentissement dans l'ensemble.

Les mots symptômes *primitifs, consécutifs, sympathiques, principaux, accessoires, permanents, positifs, négatifs, transitoires*, etc., s'expliquent d'eux-mêmes. Ce sujet a été d'ailleurs implicitement traité à propos des lésions.

ARTICLE III. — SÉMÉIOTIQUE.

§ 1. Interprétation des symptômes pour les transformer en signes.

Les signes se tirent non-seulement des symptômes, mais aussi des faits étiologiques et des faits thérapeutiques. Il ne s'agira ici que des signes fournis par les symptômes ; les autres seront étudiés à propos de l'étiologie et de la thérapeutique. Les symptômes servent à connaître l'état présent de la maladie et à prévoir son état futur; on peut donc en tirer des signes *diagnostiques* et des signes *pronostiques*. Les symptômes, en outre, font pressentir que certains événements se sont accomplis, et suggèrent la pensée d'une enquête dont les résultats peuvent être très-utiles au diagnostic. C'est ainsi qu'en face de certains symptômes on soupçonne la présence d'une maladie contagieuse, infectieuse, etc., et si le récit du malade, dont l'attention est portée sur ces points, confirme cette pensée, on acquiert une donnée étiologique qui parfois enlève toute incertitude.

Les symptômes, on s'en souvient, ont des origines diverses; il faut rattacher chacun ou chaque groupe à la lésion dont ils proviennent.

Les symptômes indiquent les lésions, leur siége, leur nature, et sont ainsi un moyen d'arriver à l'état morbide, dont la connaissance est le couronnement du diagnostic.

Les symptômes généraux impliquent une lésion de l'ensemble, des appareils vasculaire, nerveux. Reste ensuite à rechercher si cette lésion est consécutive d'une autre lésion locale, ou bien si elle a été primitivement générale.

Le symptôme local implique une lésion locale ; mais celle-ci peut ne pas être toute la maladie, et procéder d'un état morbide général.

Le symptôme statique est une conséquence nécessaire de la lésion. Il ne peut donc pas tromper, en tant qu'il annonce la présence de tel changement de l'ordre mécanique en tel endroit. Mais très-souvent ces données ne suffisent pas au diagnostic de la lésion, qui peut exiger l'appréciation d'autres symptômes et le concours des signes d'un autre ordre (étiologique, thérapeutique). Ainsi, la dilatation d'un côté de la poitrine est toujours un résultat mécanique,

mais les lésions qui l'amènent sont diverses : emphysème, hypertrophie du cœur, épanchement séreux, épanchement purulent dans la plèvre. Le symptôme statique est au plus haut degré significatif dans les maladies chirurgicales : difformité, tumeur de consistance osseuse pour la luxation, crépitation des fragments pour la fracture, etc. Mais sont-ce là des symptômes? n'est-ce pas plutôt la lésion qui se révèle tout entière?

Le symptôme fonctionnel physique est aussi certain que le symptôme statique. Il indique sûrement une modification matérielle des parties. Mais cette même modification peut se trouver dans des lésions pathologiquement différentes, qui ne se reconnaissent que lorsqu'on invoque d'autres signes. La modification matérielle affirmée par un symptôme fonctionnel physique est sans contredit toujours la même, en tant qu'elle présente les conditions nécessaires à la formation de ce symptôme. Toutefois, des lésions très-distinctes aux yeux du pathologiste peuvent n'avoir que cela de commun et différer étrangement pour le reste. Par exemple, un spasme qui rétrécit les ramuscules bronchiques, réalise les mêmes conditions qu'une turgescence de la muqueuse qui tapisse ces ramuscules ; de là, la possibilité de constater des râles vibrants dans des cas où l'état anatomique des bronches a ou n'a pas été modifié, dans une lésion dynamique comme dans une lésion plastique. Ce symptôme est donc, par lui-même, impuissant à révéler un détail très-important à connaître, puisque le diagnostic et le pronostic sont tout autres selon que telle altération existe ou n'existe pas. Le symptôme physique indique le siége de la lésion, mais non la nature pathologique de cette lésion ; toutefois, si le sujet examiné plusieurs fois et dans un état de calme complet présente toujours à l'auscultation les mêmes phénomènes, c'est une raison de croire à la présence d'une lésion matérielle. Les rapports entre le symptôme et la lésion sont donc assez étroits dans certains cas pour que rarement le praticien soit induit en erreur.

Les symptômes fonctionnels physiques étant parfois insuffisants, on ne sera pas surpris si je dis qu'il en est de même des symptômes fonctionnels dynamiques. Déterminer d'après les symptômes si une lésion est anatomique ou non, n'est qu'une première étape du diagnostic, mais une étape importante. Que de fois le praticien est exposé à être trompé dans la solution de ce problème préliminaire ! Fréquemment, une lésion dynamique se manifeste

par les mêmes symptômes qu'une lésion anatomique. Le même délire peut dépendre d'une fluxion, d'une phlegmasie du cerveau, ou d'une lésion qui laisse intacte la substance de cet organe. Les symptômes de l'apoplexie, de l'asthme, de l'épilepsie, etc., se montrent semblables quand l'organe est altéré plastiquement, ou bien quand, autant qu'on peut en juger, il a conservé sa structure normale. Toutefois la règle générale est que la *permanence* d'un symptôme habituel est plutôt signe d'une lésion anatomique que d'une lésion dynamique, tandis que son *impermanence* indique plutôt celle-ci que celle-là. Cette règle est passible de plusieurs exceptions.

Il faut donc admettre en principe que la constatation des symptômes ne suffit pas pour pouvoir affirmer que la lésion est anatomique ou non. Tenons compte de la marche, de la persistance, de l'intermittence de ces symptômes, et surtout des autres signes qui concourent comme auxiliaires fréquemment indispensables.

Très-souvent la lésion anatomique existe seule, et l'on ne peut pas lui attribuer tous les phénomènes. Pendant l'évolution d'une maladie dont le fait principal est une lésion d'organe, lésion par conséquent permanente, se manifestent des aggravations indiquant que quelque chose de nouveau est survenu, qui s'est ajouté à la lésion d'organe et constitue une complication. Ce peut être une autre maladie apportant sa lésion propre et augmentant la perturbation fonctionnelle due à la première, jusqu'à ce qu'elle ait pris fin. Tel est par exemple un catarrhe bronchique qui complique une lésion organique du cœur.

Ailleurs, l'aggravation des symptômes a lieu sans qu'on puisse lui donner pour cause l'apparition d'une nouvelle maladie. Rien n'est changé dans le sujet, si ce n'est que la lésion d'organe suscite des intolérances plus grandes qu'à l'ordinaire. Spontanément ou sous l'influence d'une provocation légère, les symptômes de la lésion organique du cœur deviennent menaçants, le malade est pris de palpitations intenses, sa respiration s'embarrasse, il suffoque. Cela dure un certain temps, puis disparaît, pour recommencer plus tard, avec plus de force dans les cas graves. D'ordinaire, le malade meurt dans une de ces exacerbations qui dépasse sa résistance vitale. Telle est la marche ordinaire des lésions d'organe aiguës ou chroniques. Les symptômes de la lésion vont sans doute en augmentant à mesure que cette lésion s'aggrave. Néanmoins, quand on

examine de près, il est impossible de rattacher aux progrès de la lésion les paroxysmes dont je parle. Un peu de réflexion suffit pour démontrer que l'ensemble et les parties sont devenus brusquement moins tolérants qu'auparavant, par rapport à la lésion. Pourquoi cela? Évidemment parce que la sensibilité, la réactivité, ne sont plus les mêmes. Ce changement est une véritable lésion dynamique qui disparaît pour revenir plus tard, moins intense et de plus en plus rare quand la maladie güérit, plus intense au contraire et de plus en plus fréquente quand l'issue est funeste. Le praticien fait une juste part à cette lésion dynamique, et possède des remèdes spéciaux pour la traiter. Les symptômes d'une lésion d'organe n'ont donc pas tous la même signification.

Cette partie de la séméiotique m'a paru mériter quelque insistance, à cause de l'importance qu'on lui a donnée dans ces derniers temps. Ce sujet se rattachait d'ailleurs naturellement à l'étude de la valeur des symptômes considérés en tant que statiques et fonctionnels. Examinons cette valeur à un autre point de vue.

Le lecteur se rappelle la division que j'ai faite des lésions en communes et en spéciales, les premières pouvant se rencontrer dans un grand nombre de cas, les secondes appartenant particulièrement à telle ou telle maladie. Je crois à l'utilité d'une division pareille pour les symptômes.

J'appelle symptômes *communs* ceux qui, se rencontrant chez beaucoup de sujets, sont suffisants pour faire croire à l'existence d'une maladie, et insuffisants pour le diagnostic de cette maladie : mal-être, lassitudes, douleur, faiblesse, excitation, chaleur, fréquence du pouls, céphalalgie, etc., etc. Tout praticien admettra la banalité de ces symptômes et l'impossibilité où il serait le plus souvent de donner un nom à la maladie avec leur seul secours. Ces symptômes sont généralement plus significatifs quand ils sont très-prononcés; ils annoncent alors des lésions graves et un état morbide proportionnel. L'adynamie, par exemple, est le signe d'une atteinte profonde portée aux forces, et ce signe est précieux surtout pour le pronostic.

D'autres symptômes peuvent aussi être appelés communs, quoiqu'ils le soient d'une autre manière. Pour les distinguer des précédents, je les désigne sous le nom de *communs individuels*, parce qu'ils se montrent dans la plupart des maladies de la même personne. Un sujet, par suite de son tempérament idiosyncrasique, est

disposé à telle lésion sympathique, et par conséquent présente tels symptômes à l'occasion d'une maladie quelconque un peu sérieuse. Celui-ci perd tout à fait le sommeil, celui-là est presque constamment assoupi; l'un se plaint de cardialgie, l'autre délire avec une singulière facilité à l'occasion de la moindre maladie aiguë. Il y a des enfants qui, dès qu'ils sont malades, n'importe comment, grincent des dents et sont très-portés aux mouvements convulsifs, etc. Ce sont là vraiment des symptômes auxquels il ne convient pas d'attacher une grande importance. Si l'attention se fixe trop exclusivement sur eux, on ne distingue pas ceux qui, dans l'espèce, sont plus significatifs. Le médecin qui connaît le malade et son passé pathologique, est averti et ne se laisse pas tromper.

Certains symptômes tiennent le milieu entre les symptômes communs et les symptômes propres. Ils sont plus significatifs que les précédents, et révèlent mieux qu'eux le siége et la nature de la maladie. Quant au siége, il est évident que les altérations de la sensibilité, de l'intelligence, autorisent à penser à une maladie de l'encéphale; que les altérations de la respiration, de la circulation, dirigent l'attention du côté des organes thoraciques; que les altérations de la fonction digestive sont des indices sérieux des maladies de l'abdomen. Les auteurs de séméiotique du dernier siècle enseignent sur la signification des altérations du pouls des détails dont on ne parle plus. D'après eux, certaines qualités du pouls appartiendraient spécialement, les unes aux maladies de la tête, les autres à celles de la poitrine, d'autres enfin aux maladies du bas-ventre. Étaient-ils dupes d'une illusion, ou bien avaient-ils acquis, par une étude et une habitude spéciales, une sagacité que nous n'avons pas, distraits que nous sommes par des investigations d'un autre ordre? Je pencherais plutôt vers ce dernier avis.

Les altérations fonctionnelles d'une partie qui dépend d'un appareil autorisent à croire, si cette partie n'est pas lésée anatomiquement elle-même, que c'est un organe appartenant à ce même appareil. Lorsque, à cette circonstance, se joint celle du voisinage, l'indice du siége de la lésion est plus précis. C'est ainsi que des symptômes gastriques font penser, par exclusion, à une lésion du foie, si l'observation du malade apprend que la perturbation de l'estomac est le produit d'une lésion dynamique. Il arrive fréquemment que l'estomac est atteint de cette manière par condoléance, à l'occasion des maladies du foie.

Enfin, je cite parmi les symptômes annonçant d'une manière générale la nature d'une maladie, ceux qui appartiennent à un ordre naturel de maladies : intermittentes, exanthématiques, inflammatoires, nerveuses, etc. Reste à s'assurer s'ils concordent avec les autres signes, car, nous allons le voir, ils peuvent être trompeurs; reste aussi à savoir l'espèce de la maladie intermittente, exanthématique, inflammatoire, nerveuse, etc., qu'on a sous les yeux.

Les symptômes propres sont ceux de l'espèce morbide. Ils se présentent le plus habituellement, mais ils ne sont pas constants. Ils figurent dans les tableaux types qu'on trouve dans les traités de pathologie spéciale. Quand les principaux sont présents, bien accentués, et se succèdent régulièrement, leur signification est aisée à saisir et le diagnostic se fait de lui-même, pour ainsi dire; mais ces maladies modèles ne sont pas très-fréquentes. Nulle part les variétés ne pullulent comme en pathologie. Aussi les débutants sont-ils souvent déconcertés parce qu'ils ne rencontrent pas au lit du malade ce qui leur a été enseigné dans les livres, dans les cours. Un et même plusieurs symptômes habituels peuvent manquer. Ceux qui sont présents se meuvent dans une marge très-étendue et pour leur accentuation et pour leur mode de succession. Le lecteur se rappelle que le mot *espèce morbide* n'est qu'une métaphore. L'espèce morbide ressemble aux espèces botaniques, zoologiques, mais n'est pas une espèce vraie comme ces dernières, n'a pas des signes constants et indélébiles qui la spécifient aussi nettement. D'ailleurs, la sensibilité, les dispositions idiosyncrasiques, sont tellement variables, qu'il est impossible que la même maladie soit conçue et réalisée par des sujets différents d'une manière absolument identique. Ainsi, une pleurésie manifestée par ses symptômes propres se distinguera d'une autre par l'intensité, la modération, la qualité de la douleur, ou bien par le degré de la fièvre, de la dyspnée, par la fréquence de la toux, par les circonstances de l'épanchement, etc. Ces variétés s'observent si souvent qu'on ne les appelle pas des anomalies. On a raison de dire que dans la pleurésie la douleur est vive, pongitive, en ce sens qu'habituellement il en est ainsi.

Toute maladie peut présenter des choses extraordinaires, insolites, souvent inexplicables, et qui constituent autant d'exceptions : pleurésie dont la douleur est perçue au côté sain; pleurésie indolore; hémorrhagie cérébrale avec des effets non croisés; voix

retentissante chez un cholérique, etc. Heureusement, presque toujours le fait étrange est seul, le reste est significatif, se passe comme à l'ordinaire, et l'opération du diagnostic n'est pas sérieusement entravée.

Les symptômes *insolites* doivent être distingués des symptômes *accidentels*. Si le lecteur se souvient de ce que j'ai dit de ces derniers, il fera sans peine ce départ. Je n'ai pas besoin de revenir là-dessus.

On appelle *pathognomoniques* le symptôme ou les symptômes qui, par leur physionomie originale ou par leur mode de groupement, témoignent de la présence d'une espèce morbide. Selon qu'on entend ce mot espèce morbide, il y a peu ou beaucoup de symptômes pathognomoniques. L'ictère, l'incontinence d'urine, l'aménorrhée, sont des symptômes pathognomoniques; bien plus, c'est l'espèce morbide elle-même si, prenant à la lettre les mots consacrés par l'usage, on voit là la maladie tout entière. Ces symptômes ne sont plus pathognomoniques si l'on pense que, pour avoir le total de la maladie, il est nécessaire de savoir la cause cachée de l'ictère, de l'incontinence d'urine, de l'aménorrhée. Or, cette cause cachée est une lésion, une réunion de lésions, lesquelles à leur tour procèdent d'un état morbide.

Une lésion a également des symptômes pathognomoniques, si l'on donne le nom de symptôme au phénomène qui implique nécessairement l'existence de cette lésion, comme, par exemple, une difformité angulaire avec mobilité le long de la diaphyse d'un os. Cette difformité indique une fracture avec autant de certitude que la vue du sang indique une hémorrhagie. Les autres symptômes statiques, les symptômes fonctionnels physiques, révèlent aussi d'une manière positive la partie de la lésion qui leur correspond nécessairement, et si la particularité exprimée par le symptôme est significative, celui-ci a une grande valeur diagnostique. C'est ainsi que le râle crépitant passe, avec raison, pour un précieux symptôme de la pneumonie, parce que les conditions qui donnent lieu au râle crépitant ne peuvent exister que dans le poumon et dans un très-petit nombre de lésions de cet organe, parmi lesquelles la pneumonie se distingue au moyen de plusieurs autres symptômes. Le râle crépitant seul n'est donc pas rigoureusement le symptôme pathognomonique de la pneumonie. Les travaux modernes, ayant principalement le diagnostic des lésions anatomiques pour objet,

ont amené la découverte d'un grand nombre de symptômes révélateurs de ce genre, toujours très-utiles et surtout là où la lésion anatomique est d'une grande importance.

Un symptôme est pathognomonique de l'état morbide lorsque l'état morbide et la lésion ne font qu'un : fracture, luxation simples, etc. Mais lorsque, ainsi que cela a lieu dans les maladies affectives, le diagnostic de l'état morbide, distinct de celui de la lésion, doit succéder au diagnostic de cette dernière, le symptôme n'est utile qu'en tant qu'il révèle cette lésion, et son utilité est proportionnée à celle que procure la connaissance de cette lésion elle-même. Il y a des lésions pathognomoniques : lésions cutanées de la variole, de la rougeole ; lésions accessibles et à physionomie spéciale des affections syphilitique, herpétique, goutteuse, etc. Ici la lésion extérieure est reconnue directement, sans qu'il soit besoin de symptômes. J'ai donc raison de dire qu'il y a moins qu'on ne le croit de symptômes pathognomoniques; en réalité, le concours des symptômes, y compris leur ordre de succession, leur marche, est seul vraiment pathognomonique, et même encore faut-il faire des réserves, car les symptômes peuvent être trompeurs. Parmi ces phénomènes, les plus significatifs sont ceux qui traduisent fidèlement la lésion la plus importante. Un pouls vibrant, plein et fort, annonce généralement la présence de l'affection inflammatoire ; la brusquerie de l'apparition, de la disparition des symptômes, accompagne pareillement une affection nerveuse. Mais l'expérience fait connaître des exceptions à ces règles.

En résumé, sauf en ce qui concerne certaines lésions, il n'y a point de symptômes isolés qui méritent d'être appelés pathognomoniques. Ils se fortifient les uns par les autres, et en tout cas ils ont besoin du contrôle des signes anamnestiques.

On peut appeler *consonnants*, *univoques*, les symptômes qui *signifient* dans le même sens ; la toux, la voix croupale, la dyspnée augmentant sous forme d'accès, sont des signes de la lésion diphthéritique du larynx; l'expulsion des fausses membranes confirme le diagnostic. La consonnance peut résulter de l'absence de tel phénomène. Si par les autres symptômes, par les antécédents, par les prédispositions connues de l'enfant, vous avez lieu de croire à l'existence d'un croup nerveux, l'absence des fausses membranes constitue un signe négatif *consonnant* avec ceux qui témoignent en faveur de la nature névrosique de la maladie.

L'ordre logique et habituel est de partir du symptôme pour remonter à la lésion, et de celle-ci pour remonter jusqu'à l'état morbide. Parfois on procède autrement, quand il s'agit de certaines maladies affectives. Alors, l'existence de tel état morbide paraît la chose la plus vraisemblable, averti qu'on est par ce qu'on sait des influences auxquelles le sujet a été exposé, de ses dispositions héréditaires, de ses maladies passées et sujettes à récidive. On vérifie l'hypothèse en examinant les lésions, et si celles-ci, que je suppose extérieures, sont consonnantes en même temps, le diagnostic est formé. Dans ce cas, il n'y a pas, à proprement parler, de symptômes, ceux-ci n'existant réellement que lorsque la lésion est cachée. D'autres fois, la lésion étant encore extérieure et les antécédents ignorés ou peu significatifs, c'est naturellement par la lésion qu'on débute.

Les signes *diagnostiques* et les signes *pronostiques* sont aussi inséparables que le sont le diagnostic et le pronostic eux-mêmes. Toutefois, l'étude suivante est faite particulièrement en vue du pronostic. M. Double[1] a traité ce sujet d'une manière vraiment supérieure, et j'ai dû lui faire de fréquents emprunts.

Un seul signe ne suffit pas au pronostic ; toutefois un mauvais signe, pris isolément, a plus de valeur pour présager la mort que n'en a un seul bon signe pour annoncer la guérison. On ne peut donc compter sur un seul bon signe qu'on aurait à opposer à plusieurs mauvais. Un phthisique conserve son appétit ; cela n'autorise pas à modifier le terrible pronostic.

Pour que les signes méritent confiance, il faut qu'ils se soutiennent pendant un certain temps. Ceci est surtout vrai des signes favorables. Le pouls se relève, la respiration est moins gênée : ne nous hâtons pas de conclure à la guérison du malade. Il faut attendre que ces symptômes soient solidement établis. Ce peut n'être qu'un effort avorté, une tentative impuissante de la faculté médicatrice.

De tous les signes pronostiques, les plus décisifs sont ceux qui se tirent de l'état des forces. Le médecin qui veut prévoir l'avenir doit porter son attention de ce côté. Si les forces sont reconnues mauvaises, craignez. Espérez, au contraire, tant que les forces seront bonnes.

1 Double ; *Séméiologie générale*, tom. I, pag. 182 et suiv.

En général, les signes ont d'autant plus de valeur que les sources d'où il viennent tiennent de plus près au foyer principal de la maladie. Ainsi, dans les maladies des reins, de la vessie, les changements constatés du côté des urines prennent une valeur particulière. Dans les maladies de la poitrine, ce sera la respiration, etc.

La signification d'un symptôme diffère selon le sujet, selon la maladie.

Selon le sujet : Il y a des personnes qui, étant bien portantes, ont le pouls intermittent, dorment les yeux ouverts, ou grincent des dents pendant leur sommeil. Évidemment, chez elles, ces phénomènes n'ont pas la signification fâcheuse qu'ils présentent chez d'autres.

Selon la maladie : La douleur de tête, si elle est continue et suivie de surdité, d'assoupissement, est de mauvais augure. Mais quand ces symptômes se rattachent à la présence de vers dans les intestins, leur signification est moins grave, à cause des ressources thérapeutiques que nous possédons contre les maladies vermineuses. La propension passive qu'a un malade à se porter vers le pied du lit est un mauvais signe quand elle s'explique par la résolution des forces ; dans les paralysies, dans les douleurs arthritiques, rhumatismales, ce symptôme n'indique que l'impuissance musculaire, ce qui est bien moins sérieux. La syncope à la suite d'évacuations copieuses suggère un pronostic en rapport avec la nature de sa cause. Celui-ci est fréquemment peu fâcheux, et même, dans un cas d'hémorrhagie, la syncope peut être utile, puisqu'elle favorise la formation d'un caillot hémostatique. La syncope annonce au contraire la proximité de la mort, lorsqu'elle survient et se répète, sans cause particulière et appréciable, dans les maladies graves : peste, charbon, pustule maligne, etc.

Nous devons tenir compte de la constitution médicale, s'il en existe une, avant de fixer la valeur d'un symptôme. Sous l'influence de cette constitution, ce symptôme peut exceptionnellement avoir une signification très-différente de sa signification habituelle. Ici, malgré les symptômes de l'adynamie, il faut diagnostiquer une affection inflammatoire ; là, les convulsions, les pétéchies, etc., sont des événements indifférents et parfois même heureux. On consultera avec fruit, sur ce sujet, les travaux des épidémiographes depuis Hippocrate jusqu'à nos jours.

Dès que les symptômes apparaissent, il y a à se demander ce qu'ils signifient. Assez généralement, on peut juger d'après eux si la maladie sera grave ou légère. Combien pourtant de maladies paraissant légères au début, changent de caractère; et réciproquement, que de maladies effrayantes d'abord, se terminent ensuite d'une façon favorable! La prudence veut donc qu'on ne se hâte pas de se prononcer sur l'issue pas plus que sur la nature de la maladie. M. Double cite avec raison sur ce point l'autorité de Vallesius : *Debiles sunt significationes omniorum signorum in primis aggressionibus.*

Les symptômes diagnostiques les plus significatifs sont observés lorsque la maladie est tout à fait formée. Quant aux signes pronostiques, les plus importants se tirent des symptômes constatés vers la fin de la maladie, à l'approche des crises.

§ II. Moyens d'arriver du symptôme au signe.

Les progrès modernes de l'anatomie pathologique nous ont valu non-seulement la découverte de symptômes fort importants, mais ils nous ont encore donné la raison de bien des détails jusque-là inexplicables ou simplement soupçonnés. Les anciens, privés de cette lumière ou mal informés au sujet des lésions, ne connaissaient pas ou connaissaient mal le trait d'union qui relie les symptômes à l'état morbide. Les plus sages renonçaient à comprendre, et acceptaient les faits tels que l'observation limitée d'alors les leur offrait. Mais ils avaient acquis dans l'interprétation des symptômes une sagacité qui suppléait à ce qui leur manquait du côté du mécanisme anatomique; ils sont arrivés en matière de diagnostic, et surtout en matière de pronostic, à des résultats qu'on ne se lasse pas d'admirer. Ils avaient plus que les modernes le sens thérapeutique. Leur attention se portait tout entière du côté le plus important, l'état morbide, et grâce à cette concentration des aptitudes de leur esprit, ils saisissaient mieux que nous ce qui, dans les symptômes, indique la nature pratique de la maladie, la situation des forces et les conséquences probables. Sous ce rapport ils nous dépassent incontestablement, et de combien sont-ils supérieurs à ceux des médecins d'aujourd'hui qui ne voient dans les symptômes que des signes de lésions, et qui poursuivent cette lésion pour elle-même, convaincus qu'ils sont que toute la maladie est là.

En constatant les rapports de simultanéité et de succession entre les phénomènes apparents et les phénomènes cachés de la maladie, Hippocrate et ses successeurs légitimes nous ont légué des notions de séméiotique d'une importance telle que si elles disparaissaient, l'art de transformer les symptômes en signes serait entièrement à refaire. Une foule de vérités devenues vulgaires ont chacune exigé un grand labeur auquel nous ne songeons pas assez, ce qui nous rend injustes et ingrats. Nous sommes comme des enfants qui, insouciants du passé, jouissent de la fortune acquise par leur père à force de travail et d'habileté.

Une simple remarque suffit à prouver la valeur de ce que nous ont transmis nos ancêtres. Pour apprécier les symptômes d'une maladie, il faut préalablement avoir une idée de cette maladie. On ne cherche bien qu'à la condition de connaître l'endroit où l'on cherche. Et n'est-il pas évident que, sans les acquisitions de nos pères, tout serait nouveau pour nous, absolument comme si toutes les maladies étaient extraordinaires ou nouvelles ? En ce qui concerne les maladies dont on ne sait rien, il n'y a qu'à observer, à colliger les symptômes ; la conversion de ces symptômes en signes ne vient que plus tard, lorsqu'on peut avoir de l'ensemble de ces maladies une notion vraisemblable. Aussi voyons-nous la science séméiotique des praticiens les plus habiles échouer devant les cas nouveaux ou tellement rares que la tradition n'a rien appris sur leur compte. La tradition, et surtout la tradition hippocratique, est donc pour le médecin un secours indispensable.

Les acquisitions modernes ne l'ont pas remplacée ; elles y ont ajouté ; elles ont complété la notion de la maladie ; elles ont rendu le diagnostic plus précis en nous révélant par l'anatomie la raison de beaucoup de symptômes qui n'étaient qu'empiriquement constatés. Quelques exemples feront comprendre ma pensée.

« La toux qui survient dans l'hydropisie est mauvaise [1]. » Cela est toujours vrai, mais nous ignorions le pourquoi. La science moderne nous l'a appris. Cette toux annonce que l'hydropisie gagne la plèvre et le poumon jusque-là respectés, et nous avons à notre disposition des symptômes nouveaux pour nous assurer si réellement l'hydropisie a envahi ces organes.

« Dans la jaunisse, c'est un mal que le foie devienne dur [2]. »

[1] Hippocrate ; Aphorisme 35, section 6.

[2] Ibid. ; Aphorisme 42, section 6.

Cette autre observation d'Hippocrate est toujours juste; mais cette expression *foie dur* est bien vague. L'anatomie clinique nous a rendu un service signalé en nous faisant connaître les lésions possibles qui sont suivies de ce résultat.

Comparons l'histoire de la fièvre hectique telle que la faisaient les anciens, avec la même histoire telle qu'elle est depuis le commencement de notre siècle, et nous apprécierons la valeur du contingent apporté par l'anatomie pathologique à la symptomatologie, à la séméiotique. Cette valeur est proportionnelle à l'importance de la *lésion* mise en lumière.

La science ancienne, la science moderne, doivent être mises à contribution, chacune pour son apport spécial, quand il s'agit des symptômes et des signes. Étudions donc la maladie sous son aspect dynamique comme sous son aspect anatomique, étudions-la dans son évolution régulière, irrégulière, dans ses ébauches, dans ses débuts, dans son état de développement complet ; retenons ce qui généralement est bon ou mauvais : alors seulement nous serons en mesure de convertir les symptômes en signes. Ce résultat exige un travail préliminaire considérable; c'est qu'en effet, l'art du diagnostic et du pronostic n'appartient qu'aux médecins expérimentés, et M. Double a pu dire sans exagération : « La séméiotique est le complément de toute la médecine. Elle attire à elle, elle réunit les diverses parties des sciences médicales dont elle suppose et dont elle nécessite la connaissance. Elle conserve avec chacune de ces branches une liaison si étroite et des connexions si fortes, qu'elle ne saurait se passer de leurs lumières ; les différentes branches des sciences médicales sont comme l'introduction à la séméiotique, et celle-ci est à son tour l'application de ces mêmes connaissances au lit du malade[1]. »

L'exercice clinique, sous la direction d'un maître habile, est indispensable, pour se former en ce genre de connaissances. Un bon auxiliaire est la lecture, la méditation des observations bien faites. Cette clinique, que j'appelle clinique du cabinet, remplit de son mieux les lacunes de l'autre, qui est toujours et nécessairement restreinte. Elle fournit des échantillons des maladies de tous les climats, de tous les tempéraments, de toutes les constitutions médicales. Cette clinique est utilisée de deux manières : l'une passive,

[1] Double ; *Séméiologie générale*. Discours préliminaire, pag. XIV.

à l'usage des commençants, dans laquelle on accepte l'interprétation des symptômes et des autres données du diagnostic et du pronostic, telle qu'elle est fournie par l'auteur des observations; l'autre active, à l'usage des élèves avancés et des médecins, consiste à interpréter soi-même et à comparer ensuite cette interprétation avec celle du narrateur.

La lecture des observations poursuivie en vue de s'exercer dans l'art de transformer les symptômes en signes, exige qu'on fasse un bon choix. Toutes les observations ne méritent pas une égale confiance; beaucoup sont recueillies et publiées dans le but de prêter appui à quelque opinion personnelle à l'auteur. C'est une idée théorique, c'est une méthode thérapeutique, c'est un remède qu'on veut faire accepter. Nous devons aller, de préférence, vers celles qui ne sont pas une plaidoirie intéressée ; celles d'Hippocrate remplissent cette condition importante, et sont autant de tableaux d'après nature. En outre, elles ont l'avantage, c'en est un à mes yeux, de ne pas conclure ; elles laissent ce travail au lecteur, ce qui fait que pour lire les observations d'Hippocrate avec l'intention d'en tirer un profit séméiologique, il faut déjà être avancé en études cliniques.

A l'exemple de M. Double, je vais donner une idée de ce genre d'exercice, en ayant soin de vérifier par l'application la justesse des vues particulières que j'ai émises dans les pages consacrées à la symptomatologie et à la séméiologie. Je choisis, à dessein, la même observation, afin que le lecteur puisse comparer les deux interprétations et reconnaître ce que j'y ai ajouté en conséquence des idées que je viens de rappeler.

Je désire cependant qu'on ne se méprenne pas sur ma pensée, et qu'on ne me prête pas des opinions qui ne sont pas les miennes. Les appréciations qui vont suivre sont formulées au point de vue du problème spécial qui m'occupe en ce moment. Je sais et je pense que le praticien doit surveiller avec une attention rigoureuse tous les incidents de la maladie qui se déroule sous ses yeux. Je sais que les observations prises suivant cette méthode ont une utilité réelle, préparent des matériaux que la science utilise tous les jours, et je ne songe en aucune façon à recommander aux élèves une autre manière de procéder. Mais n'est-il pas vrai aussi que, pour transmettre l'histoire d'un fait morbide, ceux dont l'expérience clinique est incontestée ont le droit d'opérer un choix,

parmi tous les détails de cette histoire, et qu'ils nous rendent service en mettant en relief les événements dont la connaissance nous importe le plus ? Je ne suppose pas davantage que personne songe à m'objecter les lacunes présentées par la relation que j'emprunte à Hippocrate. Il serait, en effet, bien facile de faire ressortir ce qu'elle laisse à désirer au point de vue du diagnostic, tel qu'on l'établirait de nos jours. Malgré ces restrictions, elle n'en reste pas moins un modèle à suivre dans son ensemble et dans ses détails principaux, eu égard, je le répète, au problème dont je poursuis actuellement la solution.

Cette observation est celle du huitième malade du livre III des *Épidémies*. La voici telle qu'elle est racontée par Hippocrate[1] :

« Anaxion, qui demeurait à Abdère, près de la porte de Thrace, fut pris d'une fièvre aiguë avec douleur continue au côté droit de la poitrine. Il avait une toux sèche, sans crachats les premiers jours. Il était altéré, ne dormait pas, rendait des urines ténues, copieuses et d'une bonne couleur.

» Le sixième jour, il eut le délire. On employa inutilement des fomentations chaudes.

» Le septième jour fut laborieux ; la fièvre avait pris de l'intensité ; les douleurs n'étaient pas moindres ; la toux continuait et la respiration paraissait difficile.

» Le huitième jour, saignée copieuse au bras ; les douleurs diminuèrent, mais la toux resta toujours sèche.

» Le onzième jour, la fièvre fut moindre ; il se déclara une sueur légère autour de la tête ; la toux continuait, mais elle était bien moins sèche.

» Le dix-septième jour, crachats plus abondants, avec apparence de coction ; soulagement sensible.

» Le vingtième jour, sueurs abondantes ; la fièvre cessa, il y eut un mieux manifeste après cette crise, mais l'altération persistait encore, et les crachats n'étaient pas encore satisfaisants.

» Le vingt-septième jour, retour de la fièvre ; toux, crachats abondants et cuits ; les urines donnèrent un sédiment blanc, copieux ; il n'y eut plus de soif ; le sommeil fut bon.

» Le trente-quatrième jour, sueur abondante et universelle, cessation de la fièvre. La maladie fut entièrement jugée. »

[1] Hippocrate ; *Des Épidémies*, liv. III, sect. III.

Avant d'analyser symptomatologiquement cette observation, j'en fais remarquer, avec M. Double, la concision. Tout ce qui est inutile est absent. Supprimons quoi que ce soit, et nous en compromettons gravement la physionomie.

Les symptômes que j'ai appelés *communs* n'y sont pas exprimés. Hippocrate se contente de dire qu'Anaxion avait une fièvre aiguë, parce que cette fièvre aiguë n'avait rien de particulier. Il fait grâce à ses lecteurs du malaise, du degré de chaleur, du chiffre des pulsations du pouls, etc. Dans l'espèce, cela était parfaitement superflu. Une observation littéralement complète, c'est-à-dire reproduisant tout, une observation photographique, en un mot, embarrasse le lecteur et multiplie les pages du livre, aux dépens de ce dernier. Il faut, en effet, procéder alors soi-même au triage de ce qui est important et caractéristique. Il est bon que l'auteur fasse ce travail préalable lui-même, et ne dise que les choses vraiment utiles au diagnostic et au pronostic.

C'est parce que rien ne s'était montré en ce genre, qu'Hippocrate passe du premier au sixième jour, du onzième au dix-septième, du dix-neuvième au vingtième, du vingtième au vingt-septième, et de celui-ci au trente-quatrième. Le drame ainsi réduit à ses scènes essentielles est mieux compris dans son ensemble et dans son dénoûment.

Quels étaient les symptômes révélateurs de la lésion principale? Et d'abord la fièvre, qui indiquait une irritation morbide. Le siége de cette irritation était annoncé par la douleur continue au côté droit de la poitrine, par la toux, par la dyspnée. De nos jours, on aurait pensé à une phlegmasie de la plèvre, et les symptômes physiques fournis par la percussion, par l'auscultation, auraient confirmé ce diagnostic ; ils auraient permis en outre de suivre les vicissitudes diverses de l'épanchement et auraient ainsi dévoilé la cause matérielle cachée de certains phénomènes importants de la maladie. La lésion locale dut sûrement s'aggraver le sixième et le septième jour, pendant lesquels les symptômes prirent de l'accroissement. Ces jours-là, un symptôme sympathique, le délire, annonça la possibilité d'une grave complication.

Au septième jour, le mal était parvenu à son entier développement, ce qui fut indiqué par l'état plus pénible du sujet, par l'accroissement de la fièvre, de la dyspnée, la douleur n'ayant rien perdu de sa vivacité.

Ces incidents commandèrent une saignée *copieuse*, qui fut pratiquée le huitième jour, et à partir de ce moment les symptômes diminuèrent, et certainement la lésion diminua avec eux ; sa décroissance fut bien manifeste le onzième jour : effectivement, la fièvre était moindre, la toux commença à s'accompagner d'expectoration, une sueur circonscrite se montra autour de la tête. Cependant la fin de la maladie devait encore se faire attendre, puisque, malgré d'autres efforts de crise qui eurent lieu le vingtième et le vingt-septième jour, elle ne fut définitivement jugée que le trente-quatrième.

Que signifiaient les événements de cette maladie, relativement à l'état morbide? La fièvre du commencement était aiguë, continue, la toux sèche ; il y avait soif, insomnie ; la saignée copieuse fit un grand bien : tout cela témoigne en faveur d'une affection inflammatoire.

Toutefois cette affection inflammatoire ne fut pas franche. La marche hésitante du mal, sa longueur, l'avortement des crises, montrent que quelque chose en a embarrassé l'évolution. De quoi s'agissait-il? Relisons l'observation à ce point de vue, et nous remarquons que la première période, période de spasme, s'est prolongée d'une manière inusitée ; notons le délire, purement dynamique; ajoutons-y l'insomnie, la soif persistante; souvenons-nous enfin que, de toutes les phlegmasies thoraciques, la pleurésie est celle qui, par sa nature, éveille le plus souvent des accidents nerveux (au point qu'aux yeux de Sarcone la pleurésie était l'inflammation des parties sensibles du thorax, tandis que la pneumonie était l'inflammation des parties vasculaires), et toutes ces considérations nous autoriseront à conclure que c'est un état d'éréthisme nerveux, dû probablement au tempérament spécial d'Anaxion, qui a compliqué l'affection inflammatoire et l'a entravée dans son parcours.

Passons maintenant aux signes pronostiques. La maladie ne s'est terminée que le trente-quatrième jour. Pouvait-on prévoir cette durée et l'heureux dénoûment qui a suivi?

Les premiers jours furent orageux et devaient inspirer des craintes. Toutefois il y avait beaucoup de motifs d'espérer; certes, en thèse générale, l'aphorisme 50 de la section IV est vrai : « Dans une fièvre continue, le délire joint à la difficulté de respirer est mortel. » Mais ici la dyspnée étant un symptôme naturel de la ma-

ladie et ne présentant rien d'extraordinaire, n'avait aucune signification mauvaise. D'ailleurs la prompte disparition du délire dut bientôt faire cesser les appréhensions qu'il avait suggérées. Le mieux produit par la saignée pratiquée le huitième jour, et qui fut confirmé le onzième par la diminution de la fièvre et l'apparition des crachats, était un signe rassurant. Toutefois, on ne pouvait encore répondre de la vie du malade.

Mais ensuite, les signes favorables se multiplient. Les urines ne cessent pas un instant d'être bonnes ; la toux reste humide ; la dyspnée est modérée, la douleur aussi, puisqu'il n'en est plus question depuis l'amélioration du huitième jour ; les crises des dix-septième, vingtième et vingt-septième jours, quoique imparfaites, sont suivies d'un bien sensible. Tout cela annonce une situation satisfaisante. En somme, la maladie diminue, tout se passe convenablement, et les efforts médicateurs qui se succèdent indiquent une heureuse situation des forces.

Quand, au vingt-septième jour, après des crachats abondants et donnant des signes complets de résolution, après des urines critiques, la soif disparut, le sommeil se montra réparateur, à plus forte raison l'heureuse et prochaine issue de la maladie devint-elle facile à prévoir. Celle-ci entrait décidément dans une bonne voie. Effectivement, elle céda tout à fait, au moyen de la sueur générale qui se produisit au trente-quatrième jour.

Avait-on quelque motif de croire à sa longue durée ? Cette durée n'a pas été un fait imprévu; plusieurs signes l'ont annoncée d'avance. Hippocrate croyait en effet qu'une toux sèche, persistante et suivie de crachats privés de la viscosité et de la coloration qui indiquent la coction, permet d'assurer que la pleurésie sera longue [1].

« Les symptômes qui persistent après une crise annoncent une nouvelle crise [2]. » C'était le cas d'Anaxion. La toux n'a pris le caractère humide qu'à partir du onzième jour, les crachats n'ont été suffisamment abondants et n'ont présenté l'état de *coction* qu'au vingt-septième jour, et conformément à l'aphorisme que je viens de citer, les premières crises laissèrent subsister, quoique amoindris, les symptômes de la maladie. Cela est dit formellement dans l'observation.

[1] Hippocrate ; *Coaques*, liv. II, chap. XVI, n° 7; et *Aphorismes*, sect. I, n° 12.
[2] Ibid.; *Aphorismes*, section II, n° 12.

La pleurésie d'Anaxion était donc mêlée de bien et de mal; mais, les premiers jours passés, il devenait vraisemblable que le bien finirait par l'emporter. L'observation d'Anaxion justifie ce passage d'Hippocrate[1] : « Il y a des pleurésies sèches, sans crachats; elles sont très-fâcheuses. Les crises s'y passent comme dans les autres pleurésies humides. »

Quant au diagnostic, les signes tirés des symptômes de la maladie, interprétés d'après le tempérament propre au sujet et d'après les effets des remèdes, conduisaient à la conclusion suivante : pleurésie par affection inflammatoire, compliquée d'un degré d'éréthisme nerveux suffisant pour en embarrasser pendant un certain temps la marche régulière.

Le lecteur a remarqué combien m'a été utile, pour arriver à cette synthèse, la division que j'ai proposée plus haut à propos des symptômes, selon qu'il convient de les rattacher à la maladie, au sujet, à la complication et aux agents thérapeutiques employés.

Tels sont les exercices auxiliaires de l'enseignement qui doit passer avant tous les autres, l'enseignement clinique au lit du malade.

CHAPITRE VIII.

IRRÉGULARITÉS DE L'ACTE MORBIDE.

L'acte morbide est irrégulier, dans le sens rigoureux du mot, lorsqu'il s'écarte du mode observé dans la majorité des cas. Mais ainsi comprise, la définition serait trop large; l'usage en a singulièrement restreint les proportions. Je crois devoir faire précéder cette exposition de quelques utiles avertissements.

Les types de nos descriptions étant pris dans ce qui se passe chez l'adulte, on aurait tort d'appeler *irrégulières* toutes les maladies qui en diffèrent. Ainsi les pneumonies des enfants, des vieillards, quoique s'éloignant beaucoup de la pneumonie classique par la forme des lésions et conséquemment par les symptômes, ne sont pas des maladies irrégulières ; il est dans l'ordre qu'il en soit ainsi, et s'il en était autrement ce serait une véritable irrégularité.

On dit que des symptômes irréguliers sont caractéristiques des maladies névrosiques. On a raison, si l'on veut dire par là

[1] Hippocrate; *Des maladies*, liv. III : *Les pleurésies sèches*.

que les symptômes de ces maladies varient beaucoup, qu'ils s'interrompent et reprennent avec brusquerie, qu'ils indiquent moins souvent qu'ailleurs une synergie tendant à la solution. Mais une pareille irrégularité des symptômes est normale dans les maladies névrosiques, et celles-ci sont *irrégulières* lorsqu'elles se présentent avec d'autres phénomènes.

D'ordinaire, l'irrégularité des maladies se prend en mauvaise part. Ainsi une grave lésion traumatique, ne suscitant qu'une réaction légère ou nulle et guérissant sans difficultés, est un événement qui sort du commun de la pratique; on ne dira pourtant pas que la marche des phénomènes a été irrégulière. De même pour une maladie habituellement incurable et mortelle, qui aura une solution heureuse.

Il ne faut donc pas confondre l'*exceptionnel* avec l'*irrégulier*. Une et surtout plusieurs complications modifient l'évolution normale d'une maladie. Mais il est parfaitement naturel et dans l'ordre qu'il en soit ainsi. Les maladies compliquées ne sont pas des maladies irrégulières, si les effets de la complication ne sortent pas du cadre des choses habituelles.

L'irrégularité est particulièrement en relation avec le diagnostic; cette expression s'applique, de préférence, aux maladies dont l'acte morbide (lésions, symptômes) présente des anomalies telles qu'il est difficile, impossible parfois, de les reconnaître, si l'on se fie seulement aux phénomènes manifestateurs.

Ces irrégularités sont nombreuses; on ne peut guère en fixer les limites. Selon l'importance donnée aux modifications présentées par la maladie et à l'obstacle que ces modifications opposent au diagnostic, celles-ci constitueront ou ne constitueront pas des irrégularités. Je parlerai seulement de celles sur lesquelles tout le monde est d'accord, et qui méritent le plus d'attirer l'attention.

Les actes morbides sont irréguliers: 1° parce que leur développement est insuffisant; 2° parce qu'ils n'occupent pas leur siége habituel; 3° parce qu'ils appartiennent à une maladie qui n'est pas celle à laquelle ils se trouvent exceptionnellement attachés.

ARTICLE PREMIER. — MALADIES IRRÉGULIÈRES PAR ARRÊT DE DÉVELOPPEMENT DE LEURS ACTES MORBIDES.

La ressemblance avec les anomalies de ce nom qu'on observe chez le fœtus me semble assez grande pour justifier ce titre. Plusieurs phénomènes sensibles caractéristiques font défaut dans le groupe, et cette absence change la physionomie de la maladie au point d'embarrasser le praticien.

Il n'y a pas arrêt de développement lorsque le siége dérobe aux sens de l'observateur les symptômes physiques de la lésion. Tel est le cas d'un noyau pneumonique tout à fait central, et qui pour ce motif échappe à la percussion et au stéthoscope. Je ne parle pas de ceux où le symptôme existe, mais n'est pas constaté par le médecin inattentif ou inexpérimenté.

L'arrêt de développement a lieu par défaut d'énergie, par l'imperfection de l'*effort morbide*. Il se passe quelque chose d'analogue à ce qui normalement se montre dans les prodromes, lesquels, ainsi que nous le verrons, sont une ébauche très-incomplète de la maladie ; pour que celle-ci soit dite irrégulière, il faut qu'elle ait fait invasion, et qu'elle se trouve par conséquent au moment où elle se développe sérieusement.

Le vertige épileptique est un amoindrissement de l'attaque de ce nom, amoindrissement qui peut aller au point de faire méconnaître la terrible maladie. Ici et dans les cas analogues, l'amoindrissement porte sur l'ensemble de la manifestation. D'autres fois, une partie seulement de cette manifestation est amoindrie au profit des autres. Tels sont des accès de fièvre avec période de froid, ou de chaleur, ou de sueur, le reste étant à peine marqué et même absent tout à fait. Telles sont aussi les maladies exanthématiques dans le cours desquelles il n'y a point d'éruption.

L'affaiblissement du sujet, son *apathie*, peuvent être un motif plausible de l'imperfection des actes morbides. Chez les vieillards décrépits, chez les individus épuisés par de grands excès, il s'établit des fluxions, des phlegmasies, etc., qui, quoique très-graves, ne provoquent aucune réaction et ne s'accompagnent pas de leurs symptômes habituels. Cependant la lésion fait des progrès et n'est reconnue que sur le cadavre. Pour le même motif, ces sortes d'accidents ne sont pas rares à la fin des maladies, pendant les convalescences.

Je cite comme exemple les pleurésies dont parle M. Gintrac [1], et qu'il a vues dans les hôpitaux atteindre les convalescents couchés près d'une croisée. A la suite d'une dyspnée peu marquée, sans douleur et sans toux, survient une fièvre intense avec une rapide prostration. Ces pleurésies ne sont reconnaissables qu'à la percussion et à l'auscultation. Dans ce groupe de maladies irrégulières, l'arrêt de développement ne porte pas sur la lésion, laquelle au contraire suit une impulsion rapide et funeste. C'est seulement du côté médicateur et sympathique que l'impuissance est manifeste.

Un traitement fortement perturbateur et affaiblissant, appliqué mal à propos, peut enlever au corps vivant la force nécessaire pour exécuter les actes morbides habituels de la maladie. Une saignée copieuse, plusieurs saignées répétées, ont plus d'une fois amené un semblable résultat. Mais la gravité de la lésion locale justifie, dans certaines circonstances, cette pratique hardie. Ce dernier cas excepté, l'expérience s'est prononcée contre cette thérapeutique jugulatrice, qui a du reste d'autres inconvénients que celui dont je parle actuellement.

L'arrêt de développement des phénomènes caractéristiques peut ailleurs dépendre de l'intensité de l'effort morbide. Cela a lieu quand la mort arrive avant l'époque où ces phénomènes doivent apparaître. Pendant une épidémie, les considérations étiologiques permettent de rattacher ces cas rapidement mortels à la cause générale qui sévit sur chacun. Mais quand le cas est sporadique, il est souvent bien difficile de reconnaître la maladie à laquelle on a eu affaire. Était-ce, par exemple, ou n'était-ce pas un accès unique de fièvre pernicieuse ? Cette question reste souvent sans réponse possible.

L'intermittence, phénomène si significatif de la fièvre des marais, est empêchée par la violence de sa cause, dans les circonstances où la maladie prend et conserve la forme continue.

L'irrégularité provenant d'une intolérance exceptionnelle s'observe assez fréquemment au début des maladies aiguës. Les conditions favorables à une grande perturbation sont alors réunies, il faut qu'un certain temps s'écoule pour que les orages d'une sensibilité exquise et énergiquement provoquée parviennent à s'apaiser;

[1] Gintrac; *Cours théoriq. et clinique de pathologie interne*, tom. II, pag. 560.

alors seulement la maladie prend son cours régulier. J'explique ainsi le fait des fièvres de marais, d'abord continues, et revêtant, au bout de quelques jours seulement, le type intermittent, qui leur est naturel et qui éclaire le praticien. Telles sont encore les pyrexies exanthématiques dont la période d'invasion se prolonge outre mesure. Ces obscurités du diagnostic cessent quand enfin l'éruption apparaît.

Il y a donc des maladies dont le commencement seul est irrégulier. D'autres sont régulières au commencement et irrégulières à des époques diverses de leur parcours. Ces dernières ont été reconnues par le praticien ; mais pourquoi sont-elles devenues irrégulières? Une complication contient la raison de ce fait, sur lequel j'aurai occasion de revenir dans l'article suivant.

ARTICLE II. — MALADIES MAL PLACÉES, MALADIES DÉPLACÉES.

J'appelle *mal placées* les maladies dont la lésion principale est primitivement hors de son siége habituel, et j'appelle maladies *déplacées* celles qui s'éloignent de leur siége normal pendant le cours de leur évolution.

§ I. **Maladies mal placées.**

Une maladie qui n'occupe pas son siége habituel est mal placée.

Expliquons cette proposition.

Certes toute maladie occupant un organe important est mal placée. La phlegmasie du tissu cellulaire sous-cutané est mieux placée que la phlegmasie du poumon, qui à son tour est mieux placée que celle du cerveau. De même, quand il s'agit d'une lésion organique à enlever, celle-ci est mieux placée si elle est superficielle que si elle est profondément située, si elle est périphérique que si elle est viscérale. Ceci est le sens littéral du mot *mal placé* ; en voici la signification spéciale au point de vue de l'irrégularité des maladies.

Il est dans les mœurs de telle maladie de se localiser dans tel organe, dans tel tissu. Lorsque la localisation se fait ailleurs, la physionomie de la maladie est notablement changée. En outre, les organes et les tissus habituellement atteints étant les plus favorables au développement des lésions caractéristiques, la réa-

lisation de ces lésions dans d'autres organes, dans d'autres tissus, rencontre des difficultés d'autant plus grandes que la partie est moins appropriée. De là, des lésions, des symptômes qui ne sont pas ceux de la maladie et qui égarent le diagnostic.

Voici des exemples : une affection rubéoleuse, au lieu de diriger son éruption pathognomonique sur la peau, la porte vers les muqueuses. Cette localisation exclusive sur les muqueuses est un fait bien différent de la localisation cutanée ; la lésion n'est plus la même et a d'autres conséquences. A en croire seulement les symptômes, on songerait plutôt à l'existence d'une bronchite, d'une gastro-entérite, qu'à celle d'une rougeole. L'irrégularité est pire si la localisation a lieu dans un parenchyme, partie moins propre encore qu'une muqueuse à la formation de l'exanthème : ce sont là des rougeoles mal placées.

Pour les mêmes raisons, un rhumatisme, une goutte qui respectent les articulations et se localisent sur un viscère, constituent des maladies mal placées.

La maladie mal placée implique une lésion tout à fait spéciale, exigeant, pour son développement, un siége anatomique approprié. Ainsi, les papules de la rougeole ne trouvent qu'à la peau les conditions favorables à leur développement régulier. Quelque chose de semblable a lieu dans tous les autres cas.

Toutefois, remarquons-le bien, pour qu'une maladie puisse se fixer hors de son siége habituel, il faut que la partie où elle se localise exceptionnellement puisse au moins réaliser le commencement de la lésion, le reste devenant difficile ou impossible faute d'un terrain, d'un instrument favorables. Ainsi, dans les cas déjà cités et dans les analogues, le commencement de la lésion est une fluxion, processus morbide du genre de ceux que j'ai appelés *communs*, parce que partout se trouvent les conditions favorables à leur réalisation. Les deux lésions, celle qui est bien placée et celle qui est mal placée, se ressemblent en ceci, que dans chacune il y a au moins fluxion, et fluxion ayant même nature dynamique : ici fluxion rubéoleuse, là fluxion rhumatismale, avec ébauche d'un travail plus avancé lorsque la partie s'y prête un peu. C'est donc de part et d'autre l'expression de la même maladie, mais avec les différences commandées par celles du siége.

Une condition nécessaire pour que telle maladie soit susceptible de se montrer *mal placée*, est que l'état morbide puisse s'exprimer

dans des siéges différents. Cette expression est plus ou moins imparfaite, mais l'état morbide reste le même et fournit l'indication première. Il résulte de là que les maladies mal placées sont toutes affectives, et que, parmi les affectives, ce sont celles dont les localisations affectent un siége restreint, approprié, spécial, où se trouve la lésion pathognomonique. Hors de ces conditions, une maladie ne peut pas être mal placée.

§ II. **Maladies déplacées.**

J'ai parlé jusqu'à présent des maladies primitivement mal placées; c'est le cas le plus embarrassant pour le diagnostic. Les mêmes maladies peuvent débuter dans leur siége normal et se déplacer ensuite consécutivement. Cette migration de la lésion phénoménale donne lieu à des symptômes qui lui sont habituellement étrangers. La maladie, au fond, reste la même, bien que les conséquences pour le sujet soient fort différentes. Les mêmes raisons qui expliquent pourquoi une maladie est primitivement mal placée, expliquent le déplacement consécutif; l'un et l'autre cas supposent une lésion capable de se réaliser, dans son ensemble ou dans une de ses parties importantes, sur un terrain anormal, mais présentant néanmoins une suffisante analogie de structure et de facultés avec son terrain habituel.

Il y a des maladies qui ne peuvent se déplacer pour se porter ailleurs. Telles sont les lésions d'origine physico-chimique, les lésions plastiques qui ont altéré profondément la structure d'un organe et qui exigent un mécanisme anatomique tout spécial. Le déplacement n'est possible que pour les lésions qui trouvent partout les conditions favorables à leur formation, et qui, participant plus que les autres du caractère dynamique, doivent à cette circonstance d'être moins attachées à leur siége anormal; de là, pour elles, une certaine mobilité. Les lésions de ce genre sont principalement la fluxion et la phlegmasie.

Il y a des *déplacements* heureux : ceux qui se font d'un siége non naturel au siége naturel, d'un organe important à un organe qui l'est moins, des parties profondes aux parties périphériques, et généralement aussi des parties supérieures aux parties inférieures. Ces déplacements salutaires étaient jadis appellés *diadoche* (de διαδοχή, succession). Ce mot a vieilli; mais la chose n'en existe pas moins. Toutefois elle ne constitue pas une irrégularité si, comme

le veut l'usage, on prend l'expression *maladie irrégulière* en mauvaise part.

La substitution qui se réalise, contre les intérêts du sujet, est connue sous le nom de *métastase*.

I. Métastase.

L'idée qu'on se fait généralement de la métastase est celle de scènes graves qui sont considérées comme conséquence de la suppression d'un travail arrêté dans son siége normal, et se continuant ailleurs sous une autre forme. Le trait essentiel de la métastase est donc le déplacement d'une activité qui se porte dans un organe moins approprié ou plus dangereux (μετάστασις, *migratio*).

Voici les principaux faits qu'on a présentés comme métastatiques:

1° Accidents survenus à la suite de l'interruption de l'acte morbide normal d'une maladie affective, de l'acte morbide d'une maladie primitivement locale, mais qui par son ancienneté a contracté des liens avec le système entier, et lui est devenue nécessaire;

2° Accidents survenus à la suite de la suppression des phénomènes d'une plaie récente, pour laquelle par conséquent on ne peut invoquer un besoin né de l'assuétude, ou bien après la suppression d'un travail hygide : lochies, sécrétion mammaire, etc.

Il y a lieu de se demander si tous les événements de ce genre méritent réellement d'être compris dans le groupe des métastases. En tout cas, ils présentent trop de diversité pour qu'il soit permis de les confondre.

D'après les termes de sa définition, la métastase est seulement admissible à la condition que les scènes pathologiques nouvelles se rattachent, comme effet, à l'effacement d'un acte morbide. Cette condition me paraît remplie dans les faits du premier groupe. Cela me semble douteux pour ceux du second. Quoi qu'il en soit, il convient de faire de chacun une étude séparée.

1° *Premier ordre de métastases.* — Une circonstance commune relie les observations de cette catégorie. Il s'agit de maladies intéressant le système entier, soit parce qu'elles sont de nature affective, soit parce que, devenues habituelles, elles font partie obligée dans l'harmonie de l'ensemble. Il existe, dans toutes, un besoin morbide qui a été d'abord convenablement satisfait. Une influence intercurrente arrêtant l'évolution des actes normaux

avant que le besoin interne ait pris fin, d'autres actes les remplacent. La cause de cette substitution est la suppression des premiers phénomènes; évidemment, si ceux-ci avaient continué, les autres, n'ayant aucune raison d'être, ne seraient pas survenus. Admettons en outre, ce qui est l'ordinaire, que l'organe consécutivement occupé est plus important ou moins apte au travail qui lui incombe: la maladie est donc devenue irrégulière, l'état du sujet s'est aggravé, et nous avons ainsi réunis tous les caractères de la métastase mentionnés plus haut.

En résumé, la métastase est une localisation anormale qui se substitue à une localisation normale. La maladie est restée la même, sauf le siége de ses phénomènes manifestateurs, circonstance assez importante par elle-même pour changer considérablement la situation des choses, et par conséquent le pronostic.

La fluxion d'un érysipèle, d'une rougeole, aboutissant à la peau, son lieu naturel, rencontre des obstacles à son évolution et disparaît. La cause interne de cette fluxion, conservant toute son activité, se manifeste ailleurs par une autre fluxion. Ce sont toujours, au fond, un érysipèle, une rougeole; mais leurs phénomènes, maintenant mal placés, entraînent les périls attachés à cette localisation irrégulière. Une vieille plaie devenue ulcéreuse et suppurant depuis longtemps, se dessèche ou guérit. Si l'excrétion pathologique est, par suite de l'assuétude, devenue nécessaire au fonctionnement régulier de l'organisme, elle est remplacée par un travail supplémentaire dont le siége peut être dangereux.

Cette théorie est-elle la vraie? Examinons.

Le fait brut contient deux choses : 1° un *processus* morbide arrêté en chemin; 2° l'apparition des symptômes d'un *processus* plus dangereux, siégeant dans un lieu différent.

On a contesté la cause et le mécanisme que j'ai indiqués, en disant que la fluxion érysipélateuse s'est évanouie, que l'ulcère s'est tari parce qu'une maladie viscérale intercurrente a, par son énergie, absorbé à son profit et rendu impossibles les actes organiques de l'érysipèle, de l'ulcère qui se trouvaient dans sa sphère d'action attractive. *Vehementior obscurat alterum*. Cela étant, le fait rentre dans la loi générale qui établit les rapports des fluxions entre elles. Il n'y a là rien de spécial, et le mot métastase, devenu sans objet, doit disparaître. En effet, expliquer ainsi les métastases c'est les nier, ainsi que le font quelques médecins.

Il est certain que lorsqu'une phlegmasie viscérale s'allume chez un individu déjà porteur d'ulcères suppurants, d'une éruption à la peau, etc., d'ordinaire la suppuration de l'ulcère diminue et tarit, l'éruption pâlit et fréquemment disparaît. Évidemment alors c'est la fluxion interne qui est la cause de la rétrocession de la fluxion périphérique, et il n'y a pas métastase.

Mais tous les cas doivent-ils être interprétés ainsi ? n'en existe-t-il pas dans lesquels la fluxion interne, au lieu d'être la cause de la rétrocession, en est visiblement l'effet ? Si oui, il importe de s'en assurer, parce que pratiquement les choses sont tout autres. La rétrocession, de secondaire et accessoire qu'elle était, devient la circonstance majeure, la source d'indication première. Dans le premier cas au contraire, c'est la maladie viscérale qui avant tout *indique*. Cela constitue deux pathogénies, et par conséquent deux thérapeutiques distinctes.

Reconnaître chacune de ces pathogénies est affaire de diagnostic. Si, après l'analyse des éléments, des détails de la maladie, on s'assure qu'avant la rétrocession les organes internes étaient sains, la maladie viscérale étant alors consécutive ne peut être cause d'un effet qui lui est antérieur ; si les symptômes de cette maladie viscérale autorisent la pensée d'une communauté d'origine, de nature, entre cet acte morbide et celui qui a disparu; si, en rappelant la localisation cutanée par les attractifs appropriés, on met fin aux accidents et l'on rétablit la maladie dans sa régularité primitive, tout concourt à prouver (données étiologiques, symptomatiques, thérapeutiques) que la rétrocession a rempli le rôle principal dans l'événement, et qu'il s'agit d'un fait spécial, d'une métastase. Tout praticien témoignera dans ce sens, en s'appuyant d'un grand nombre d'observations; car certainement il a observé plusieurs métastases à caractères trop manifestes pour qu'on pût s'y tromper. Je le répète, c'est une question de diagnostic. Ceux qui nient les métastases méconnaissent les cas où la rétrocession, première en date par rapport au travail morbide interne, est cause et non effet de ce dernier.

Je conçois qu'on ait de la répugnance à admettre cette possibilité, quand on ne croit pas aux besoins morbides et au danger de la suppression intempestive des actes destinés à leur donner satisfaction. *Besoin morbide, métastase,* sont deux idées corrélatives. Sans la première, la seconde n'est pas intelligible. Je ren-

voie à l'observation ceux qui nient l'existence des besoins morbides. Ils commettent une faute grave, qui a des conséquences nombreuses en doctrine médicale et en pratique.

Le besoin morbide et le danger de la suppression intempestive des actes qui lui donnent satisfaction, sont incontestables dans les maladies dont je parle actuellement. C'est là que la métastase se montre sans mélange, avec ses traits bien accentués, et qu'il faut d'abord l'étudier.

La métastase est à craindre après la suppression des phénomènes normaux, tant que le besoin interne (état morbide) subsiste. Toutefois, elle n'a pas lieu inévitablement, et l'on rencontre exceptionnellement des cas où la suppression n'a pas de conséquences fâcheuses. Cette immunité, difficile à expliquer, est rare, particulièrement dans les maladies aiguës. La métastase est à peu près certaine lorsqu'un exanthème fébrile, une fluxion péri-articulaire goutteuse, rhumatismale, sont brusquement arrêtés sans qu'il s'en reforme d'autres également périphériques.

Les accidents admis par l'usage comme métastatiques sont aigus, et l'on a dit qu'un de leurs caractères était d'apparaître aussitôt ou peu de temps après la disparition de la localisation première. On ne peut nier cependant que certains des phénomènes de ce genre qui apparaissent tardivement, ne puissent se produire par un mécanisme semblable à celui de la métastase et même présenter l'allure chronique. Je reconnais que lorsqu'un long intervalle sépare les deux événements, la preuve de leur liaison étiologique est plus difficile à faire. Cette preuve est acquise quand les circonstances qui ont précédé, qui accompagnent le *raptus viscéral,* sont assez significatives pour permettre de le rattacher à une suppression depuis longtemps accomplie. Tout ici, sauf le temps nécessaire pour la production de l'effet, rappelle ce qui se passe dans les métastases aiguës. Mon attention se portera spécialement sur ces dernières, qui sont moins contestées et plus faciles à comprendre.

Les actes morbides le plus susceptibles d'être arrêtés dans leur cours et déplacés, sont ceux qui se composent d'éléments mobiles : spasme, fluxion, phlogose s'étendant en surface et peu en profondeur. Il est également d'expérience que l'acte morbide suppurateur peut aussi, dans certaines circonstances, disparaître rapidement d'un lieu, et reparaître ailleurs avec la même brusquerie.

Les phlegmasies chroniques et toutes les lésions plastiques qui sont profondément établies dans les tissus, celles surtout qui ont amené des produits organisés, ne sont pas susceptibles d'une pareille rétrocession. Le seul moyen d'en obtenir la cessation brusque est l'opération chirurgicale.

La métastase est dite *provoquée* si elle est survenue sous l'influence d'une cause extérieure suffisante pour expliquer la suppression : action du froid ou de tout autre astringent, action d'un narcotique; toute action, en un mot, qui met la partie hors d'état de continuer l'acte morbide. La métastase est dite *spontanée* lorsqu'on n'observe rien d'appréciable en ce genre.

La suppression, par cause externe, de l'acte morbide le plus convenablement établi pour la guérison, chez un sujet d'ailleurs sain, amène à peu près inévitablement des accidents métastatiques, lorsqu'il s'agit, cela est bien entendu, de maladies à besoin morbide. Ici cette suppression explique tout, et le cas est, sans contredit, le plus simple.

Quand la suppression est spontanée, la métastase est à craindre sans doute, toutefois moins peut-être que dans le premier cas. Il est possible, en effet, que cette suppression soit la conséquence de la guérison de l'état morbide accomplie avant le temps ordinaire et par des procédés inconnus. Ceci est l'exception. Le plus souvent la métastase spontanée est plus grave que l'autre, car elle annonce une ataxie de cause interne. Une ataxie de ce genre impliquant une situation relativement mauvaise de l'ensemble, sa présence constitue un élément nouveau, une complication qui rend la métastase complexe et la rapproche, ainsi qu'on le verra, de celles que j'ai rangées dans la seconde série.

La plupart des métastases se font de la périphérie vers le centre. Il en est pourtant dans lesquelles tout se passe dans des parties du corps superficiellement situées. Celles-là sont bien moins fâcheuses. La métastase de l'oreillon au testicule en est un exemple assez fréquemment observé.

Les métastases *centripètes* sont les plus redoutables. Parfois l'effort morbide porte sur le viscère le plus voisin. Telle est une fluxion érysipélateuse abandonnant la face, le cuir chevelu, pour aller aux méninges. Dans ces circonstances, il est permis d'invoquer, comme condition favorable, les communications vasculaires et nerveuses des deux parties. La métastase se fait très-souvent à

distance, et son mécanisme organique devient plus difficile à comprendre.

D'ordinaire, la première localisation rétrocède entièrement; il en reste peu ou point de traces visibles. D'autres fois, une partie seulement, un phénomène, en l'état nécessaires, disparaissent ou font défaut. Un exemple de ce dernier cas est la métastase observée à la suite de la suppression ou de l'absence de la salivation, du gonflement des mains et des pieds, qu'une variole complètement régulière doit présenter à une certaine période de sa durée.

J'ai dit que le phénomène, disparu ou absent, était *en l'état* nécessaire. Cette restriction est fondée; car chez plusieurs varioleux la salivation, le gonflement des mains et des pieds sont médiocres ou même nuls, sans que la marche de la maladie vers la guérison paraisse notablement embarrassée. Pour quelle raison cette irrégularité est-elle fatale aux uns et sans conséquences funestes pour les autres? Il en existe une certainement, mais elle n'est pas toujours, il s'en faut, aisée à apprécier.

Les symptômes de la métastase varient selon l'espèce morbide; il y a des métastases dans lesquelles l'acte morbide déplacé est névrosique : c'est un spasme, une douleur. Les métastases par fluxion sanguine, séreuse, par phlegmasie, ont attiré l'attention plus que les autres. Il semble à beaucoup d'auteurs que la métastase doit s'accompagner d'un mouvement irrégulier des humeurs. C'est là un reste du despotisme longtemps exercé par l'humorisme, et qui doit disparaître. La possibilité des métastases spasmodiques, névralgiques, ne peut être niée sérieusement; mais comme les débats dont la métastase a été l'occasion ont porté uniquement sur les métastases par fluxion, par phlegmasie, je serai forcé de parler spécialement de ces dernières, qui sont en réalité les plus importantes, les plus dangereuses. D'ailleurs, leur étude étant faite, la notion des métastases névrosiques s'établira d'elle-même.

Il suffit de dire que la symptomatologie de la métastase est en rapport avec son siége et avec la nature de la fonction de l'organe occupé.

Dans les maladies aiguës (pyrexies, phlegmasies), la métastase est, elle aussi, aiguë dans la majorité des cas.

La rétrocession des actes morbides d'une maladie chronique peut être suivie d'accidents tantôt aigus, tantôt chroniques; ce

peuvent être : une apoplexie ou toute autre fluxion viscérale, un spasme à marche rapide, une fluxion, une phlegmasie lentes, un asthme, etc.

Il se peut que la localisation métastatique soit modérée, ou bien que la tolérance, la résistance vitale du sujet soient assez développées pour surmonter l'obstacle. En ce cas, le mal peut trouver sa solution sur place. La marche des phénomènes est embarrassée; mais, tels qu'ils sont, ils donnent une satisfaction suffisante au besoin morbide, et ils finissent par opérer la solution de la maladie entière.

Ce mode de guérison n'est pas commun, surtout si l'organe est important et fortement atteint. La métastase est un fait grave, quoiqu'à des degrés divers. Le retour de l'acte morbide à son lieu naturel est toujours souhaitable; fréquemment, c'est la condition obligée de la conservation de la vie. Ce retour complet, définitif, met fin aux accidents les plus effrayants quand les désordres organiques ne sont pas trop avancés; la maladie redevient régulière. L'art contribue parfois à cette restauration, qui peut aussi, du reste, être spontanée.

Tout étant égal d'ailleurs, les fluxions et les phlegmasies métastatiques sont moins dangereuses que ces mêmes maladies non métastatiques. Elles se maintiennent plus longtemps à leurs premières périodes, sont plus mobiles, progressent moins vite; les lésions et les symptômes ont un caractère spasmodique plus prononcé; toutes circonstances qui diminuent d'autant la gravité du pronostic, et qui exigent une thérapeutique différente de celle des fluxions et des phlegmasies ordinaires.

Les règles générales de la thérapeutique des métastases sont d'accord avec la théorie que j'ai présentée, et leur légitimité est confirmée par la pratique.

On empêche les métastases en supprimant les influences, soit externes, soit internes, susceptibles de contrarier l'évolution des *actes* dont l'expérience a appris l'utilité médicatrice par rapport à l'état morbide. Toute tentative de suppression n'est justifiée que par le péril attaché à ces actes eux-mêmes, péril qu'on juge plus grand que celui de la métastase. Évidemment cette règle s'applique seulement aux maladies dont l'état morbide est constitué par un besoin de l'ensemble. On doit s'empresser de combattre, au contraire, les lésions et les symptômes d'une maladie purement

locale. Il importe donc de distinguer soigneusement l'acte morbide nécessaire pour une bonne solution, de celui qui ne l'est pas. On supprimera, par exemple, le plus tôt possible une éruption érythémateuse, traumatique et récente, mais on respectera l'éruption d'une affection érysipélateuse.

La métastase est à redouter lorsque les actes morbides sont des spasmes, des fluxions, des phlegmasies superficielles. Le rhumatisme, la goutte, les exanthèmes fébriles, présentent, plus souvent que les autres maladies, ce genre de déplacement. Le praticien doit redoubler de précautions auprès de certains sujets à tempérament mobile et fluxionnaire[1].

La métastase est-elle accomplie, l'indication majeure est de rappeler l'acte morbide à son lieu primitif. On y parviendra à l'aide des moyens attractifs appropriés, et en faisant disparaître les causes de la suppression, si elles sont connues et si leur influence persiste.

Les indications qui viennent de l'organe siége de la métastase ne doivent pas être négligées, pour peu qu'elles soient pressantes. On se souviendra alors de ce que j'ai dit au sujet du rôle que l'élément fluxionnaire nerveux remplit dans les scènes métastatiques. Les moyens directement antiphlogistiques, les saignées spoliatrices, ne seront prescrits qu'après mûre délibération, et lorsque la complexion vigoureuse et sanguine du sujet les réclamera. Dans les cas ordinaires, les nervins, les stimulants diffusibles (éther, camphre, musc, etc.), conviendront mieux comme antispasmodiques, et favoriseront par leur action expansive les bons effets des attractifs.

Lorsque, sous l'influence de ces sollicitations, l'acte morbide a repris son siége normal, dégageant ainsi l'organe secondairement atteint, la maladie est redevenue régulière et elle poursuit son cours avec les avantages et les inconvénients attachés à sa nature et à son degré d'intensité. Son pronostic, son traitement n'ont alors rien d'exceptionnel.

La métastase est comprise d'une façon différente par bon nombre de médecins. Ces opinions s'éloignent notablement de la mienne, et je dois en peser la valeur.

Examinons, en premier lieu, celle dont il a été question plus

[1] Voir le chapitre relatif aux *Tempéraments*.

haut, d'après laquelle la rétrocession est l'effet et non la cause du travail morbide interne. A ce compte, ai-je dit, la métastase n'existerait pas. Le travail morbide interne serait toujours une maladie indépendante, provenant d'un nouvel état morbide, et elle devrait être traitée pour son compte comme le fait initial et capital de l'événement. Je le répète, les praticiens ne peuvent pas adopter un pareil sentiment. Les médecins qui naguère voyaient exclusivement dans toutes les rétrocessions le jeu de deux irritations phlegmasiques, dont la plus faible céderait à la plus forte, ajoutaient à une première erreur leur erreur dichotomiste.

L'explication humoriste, si longtemps en crédit, est connue. La métastase, comme toute autre maladie, est la conséquence du contact d'un *principe âcre* transporté par un liquide. Théorie étrange en ce qui concerne le déplacement d'un spasme, d'une névralgie. Quant aux métastases par fluxion, par phlegmasie, on se contentait d'affirmer le fait de l'existence de l'*humeur peccante*, de sa migration et de ses effets. Il fallait être humoriste quand même, pour se contenter d'une semblable hypothèse. Dans certains cas, j'en conviens, elle a quelques apparences de la vérité; mais ces cas, appartenant à ma seconde série des métastases, seront examinés plus tard.

Aujourd'hui l'action réflexe sert à l'explication des métastases. J'ai donné, à l'article *Maladies sympathiques*, les motifs de ma réserve au sujet de cette théorie, trop jeune encore pour faire loi en pathologie générale, et dont l'utilité pratique est dans les limbes de l'avenir. Je me contenterai de présenter ici quelques difficultés spéciales à la question de la métastase.

La métastase d'une éruption rubéoleuse, par exemple, aurait lieu de la façon suivante :

L'éruption est un stimulus qui provoque une impression conduite par les nerfs sensitifs; cette impression, partant de la peau malade, remonte jusqu'au centre nerveux correspondant. Dans ce centre, elle se transforme et devient capacité d'action morbide; cette capacité est, à son tour, renvoyée à un organe lié à ce même centre par les nerfs centrifuges.

Voilà l'explication qu'on me propose. Mais je demande pourquoi, le plus souvent, l'excitation transmise au centre nerveux ne donne lieu à aucune métastase. On n'enseigne rien, en effet, sur les conditions anatomiques, grâce auxquelles le stimulus provoque

ou ne provoque pas la transformation qui constitue l'action réflexe métastatique. Est-ce parce que, dans un cas, l'excitation n'est pas parvenue à un degré suffisant ? Qu'on le prouve. Dans l'autre, cette excitation est-elle d'une nature spéciale, qui la rend plus provocatrice? J'ai besoin alors de savoir en quoi consiste cette qualité. Tant que ces obscurités existeront, on ne pourra pas dire que l'action réflexe a apporté une grande clarté dans le problème actuel.

Autre difficulté : l'éruption rubéoleuse a complètement disparu; il n'y a plus, par conséquent, de *pars mandans* source de la provocation. Comment donc se fait-il que la maladie viscérale persiste, augmente de plus en plus; elle devrait au contraire cesser, puisque sa cause déterminante est annihilée. Ces faits ne témoignent pas, ce me semble, en faveur de la dépendance de cette maladie par rapport à l'excitation périphérique. Instinctivement, je suis amené à invoquer un autre genre d'influence.

L'observation prouve, en outre, que le meilleur moyen de faire cesser l'action consécutive réflexe est de rappeler l'éruption à son siége primitif, c'est-à-dire de reconstituer la cause de cette action réflexe. En sorte que, d'un côté, l'excitation périphérique ferait le mal, et, d'un autre côté, elle le déferait. Deux excitations, ayant des conséquences si diverses, ne peuvent agir de la même manière. En quoi consistent ces différences? On ne le dit pas.

L'action réflexe causée par l'excitation périphérique n'aboutit pas toujours, il s'en faut, à des parties situées dans le département du centre organique sollicité. S'agit-il d'une fluxion rhumatismale rétrocédée? D'après la théorie, l'action réfléchie ne devrait pas dépasser les extrémités de la chaîne nerveuse qui commence aux nerfs sensitifs et finit aux extrémités des nerfs moteurs. On sait que le plus souvent il n'en est pas ainsi et que la chaîne est toute autre. Il faut donc admettre alors que l'impression dont les nerfs sensitifs sont le véhicule n'est pas transmise au centre où ils aboutissent, mais à un autre. La rétrocession d'une fluxion, personne ne l'ignore, est suivie de métastases dont le siége est tantôt à la tête, tantôt à la poitrine, tantôt dans les viscères de l'abdomen. Ces étranges et nombreuses exceptions à la règle posée me suggèrent des doutes sérieux au sujet de cette règle. Il est enfin d'observation que la métastase est tantôt un spasme, tantôt une douleur, ici une fluxion, là une phlegmasie suppurante ou non.

Quelle est la raison anatomique de ces différences? Ce qu'on dit de l'action transmise à l'organe par les nerfs vaso-moteurs et de leur influence eu égard à l'état de contracture ou de paralysie, ne me paraît pas suffisamment établi pour être accueilli sans réserves, et en tout cas ne donne que des explications incomplètes.

On le voit, la théorie proposée laisse dans l'ombre des parties importantes du problème de la métastase.

La thérapeutique a-t-elle progressé sous l'influence de cette théorie? Après ce qui précède, cela paraît impossible. La conséquence logique de la doctrine de l'action réflexe appliquée à la métastase est qu'il faut supprimer toute excitation périphérique, puisque celle-ci est la cause de l'accident. On n'a pas osé poser ce précepte, et l'on continue, au contraire, à provoquer cette excitation quand elle diminue ou disparaît. En somme, on conserve les errements thérapeutiques formulés sous l'influence des théories antérieures. Il n'y a donc de nouveau que la partie spéculative du sujet. Une théorie si indifférente, si improductive en clinique, a peu de chances auprès des praticiens; elle est au moins incomplète. Attendons qu'elle ait mûri; probablement alors nous pourrons dégager la part de vérité qu'elle renferme, et utiliser cette vérité au lit du malade.

Parmi toutes les interprétations de la métastase, celle que je propose étant le mieux d'accord avec les nécessités pratiques et le plus en conformité avec la tradition médicale, je n'hésite pas, jusqu'à plus ample informé, à lui donner la préférence.

2° *Deuxième ordre de métastases.* — Les faits dont je vais parler ont été et sont encore le sujet de grandes controverses. J'aurai à constater des obscurités, des lacunes dans leur théorie; j'aurai même à me demander si ce sont vraiment des métastases.

L'essentiel est de montrer en quoi ils diffèrent des précédents. En les mettant à part, en justifiant la formation de ce groupe spécial, je me tiendrai dans la réalité et j'écarterai un obstacle qui jusqu'à présent a nui à l'étude de la métastase.

Et d'abord, quels sont ces faits? Au point de vue graphique, ils sont connus de tout le monde.

Une plaie suppure et présente un bon aspect. Tout à coup la scène change. Le malade éprouve des frissons; les chairs s'affaissent, pâlissent et fournissent une sérosité fétide qui diminue et tarit bientôt. En même temps apparaissent des symptômes graves

d'ataxo-adynamie. Après la mort, qui est à peu près inévitable, on trouve du pus dans différentes parties du corps, surtout dans le foie, dans le poumon, sous forme d'abcès petits et nombreux; le sang a perdu sa coagulabilité; il est noirâtre, poisseux. La rapidité de ces lésions, la forme et la multiplicité des abcès, donnent à cette maladie une physionomie particulière.

Les femmes en couches sont exposées à des accidents analogues, qui constituent la forme purulente de la fièvre puerpérale. Ici la plaie est remplacée par la lésion de l'utérus, dont le travail pyogénique s'altère et rétrograde pareillement.

A la suite de ces faits je place les maladies diverses : exanthèmes, phlegmasies viscérales, aliénations mentales, etc., qui ont été observées consécutivement à une suppression brusque de la sécrétion du lait.

Sont-ce là vraiment des métastases? Oui, s'il suffit qu'un travail morbide grave naisse et grandisse pendant qu'un autre diminue. Mais si, comme je l'ai dit, il faut que le second événement trouve sa raison suffisante dans la suppression du premier, la conclusion est controversable. Il se pourrait que les deux faits fussent le produit d'une cause commune. Alors ce ne serait plus simplement une maladie mal placée, mais une transformation complète de l'état du sujet, par suite de la survenance d'une nouvelle action morbide. S'il en est ainsi, le retour du premier travail, comme la cessation du second, ne sont possibles que par la guérison de la maladie surajoutée. Celle-ci est le fait capital, l'indication dominante, et ce cas diffère notablement de ceux du groupe précédent. Examinons les faits.

Dans quelques-uns, les changements survenus dans le premier travail et dans l'ensemble sont évidemment contemporains; il est difficile alors de ne pas les attribuer à la même cause interne. Dans d'autres, l'altération du premier travail donne le signal de la révolution qui change la face des choses. Que s'est-il passé dans la plaie, qui ait amené de si graves conséquences? quelle part d'influence faut-il accorder à cette plaie? L'opinion a beaucoup varié là-dessus.

Le pus de la plaie, a-t-on dit, pris par les vaisseaux et porté sur des organes où ce contact est malfaisant, est la cause déterminante d'une intoxication. De là, le nom de *résorption purulente* d'abord donné à la maladie. Je ne nie pas la possibilité de l'ab-

sorption du pus. Qu'importe que les micrographes affirment que les globules purulents sont trop gros par rapport au calibre de l'extrémité des capillaires ! Les globules ne sont pas tout le pus. Il se peut d'ailleurs que ces globules se déforment, se divisent et se prêtent ainsi à l'absorption pour se reformer après. Quel que soit le mécanisme, l'observation clinique a depuis longtemps constaté la réalité de la pénétration; mais en même temps elle a prouvé que la résorption du pus normal n'est pas un événement fâcheux. L'expérimentation est d'accord là-dessus avec la clinique. Il s'en faut de beaucoup qu'il suffise d'injecter du pus dans les veines d'un animal, pour provoquer chez lui la terrible maladie des blessés et des opérés, dont il s'agit.

Sans doute, lorsque le pus est altéré, fétide, il acquiert des propriétés hostiles, et ce n'est pas impunément qu'il pénétre au sein de nos tissus. Mais alors les conséquences pathologiques sont tout autres. On les distingue sans peine. La résorption putride, la résorption purulente, sont deux maladies fort différentes. Autant la première est aisée à expliquer, autant la seconde est mystérieuse.

Les lochies, le lait, sont également absorbables, du moins dans leurs parties solubles et fluides; mais je ne vois rien dans les propriétés physiques et chimiques de ces matières, quand elles ne sont pas altérées, qui permette de les considérer comme la cause principale des maladies qu'on a mises sur leur compte.

Il ne faut pas oublier d'ailleurs que la formation du pus, des lochies, du lait, est alors arrêtée. Comment accorder ce fait avec l'absorption de ces humeurs en quantité suffisante pour amener des accidents si graves?

Pour ces motifs, la théorie de l'absorption n'a pas paru acceptable à d'autres médecins, convaincus pourtant que la suppression du pus, des lochies, du lait, était la circonstance capitale, la vraie cause de l'événement. Ceux-ci ont dit que les matériaux de ces humeurs, n'étant plus employés, s'accumulaient dans le sang qu'ils altéraient, et que cette altération était la raison d'être des phénomènes dits métastatiques. Il y aurait donc, dans cette hypothèse, une maladie intercurrente de l'ensemble, établissant le trait d'union entre la suppression de la sécrétion et les accidents consécutifs. A ce point de vue, on est dans le vrai. Mais n'est-ce pas accorder une importance exagérée à la rétention, dans le sang, de semblables matériaux ? Rien n'autorise à leur attribuer une pareille puis-

sance morbifique. Il faudrait, pour croire à cette étiologie, des faits assez nombreux, assez probants et capables de contrebalancer le témoignage de ceux dans lesquels nous voyons l'arrêt de la production du pus, des lochies, du lait, suivi de conséquences nulles ou bien différentes. La suppression dont il s'agit ne peut donc, à elle seule, être considérée comme l'unique cause d'un changement aussi profond.

Les théories de l'absorption, de la suppression du pus, ne pouvaient satisfaire les esprits, et lorsque celle de la phlébite fut proposée, elle n'eut pas de peine à se faire préférer. Il semblait, en effet, qu'en invoquant la phlébite toutes les difficultés étaient levées. La phlébite suppurée jette dans le sang la matière qui cause l'infection purulente. Plusieurs faits furent publiés et parurent démonstratifs. On fit remarquer que tous les accidents susceptibles de provoquer la phlébite (saignée malheureuse, ligature des veines, blessures des veines comprises dans le tissu osseux), exposent à l'infection purulente. Sur les cadavres des sujets morts de cette dernière maladie, on trouve fréquemment des traces de phlébite; les altérations de la masse du sang rappellent celles que l'on rencontre dans le sang d'une veine enflammée.

Ces raisons sont loin de n'avoir aucune valeur, mais elles ne suffisent pas à prouver que l'infection purulente et la phlébite ne font qu'une même maladie. Il y a des phlébites sans infection purulente, des infections purulentes sans phlébite. Pour que la phlébite donne lieu à l'intoxication du sang, il faut qu'elle suppure et que les produits de cette suppuration soient entraînés dans le torrent circulatoire. D'ordinaire pourtant, aux limites d'une phlegmasie veineuse il se produit des adhérences qui forment barrière en isolant la partie malade du vaisseau. Pourquoi les adhésions protectrices ont-elles manqué ici et non ailleurs? C'était le cas de faire connaître la pathogénie de la phlébite non adhésive, puisqu'elle diffère tant par ses conséquences de la phlébite ordinaire. Là se trouvait une circonstance intéressant la théorie à un haut degré, et qui a été laissée dans l'ombre. Il fallait aussi prouver qu'il suffit d'un peu de pus jeté dans le sang par une petite veine enflammée, pour amener une si grave intoxication. Or, à moins que ce pus n'ait des qualités plus hostiles qu'un autre, ce qui est encore à établir, rien ne démontre, ainsi que je l'ai dit plus haut, qu'une si petite cause puisse amener de si grands effets.

La théorie de la phlébite laisse, elle aussi, beaucoup à désirer, et l'on conçoit sans peine qu'elle ait perdu une grande partie de son crédit, aux yeux de ceux qui sont décidés à aller au fond des choses. Il n'est pas surprenant qu'elle trouve des opposants, même parmi les médecins jaloux d'expliquer toutes les maladies par des altérations matérielles. Un savant qui partage ces tendances, M. Virchow, ne veut pas de la phlébite considérée comme raison suffisante de l'infection purulente, et lui substitue l'hypothèse de l'*embolie*. Le sang, pense-t-il, se coagule dans les vaisseaux (*thrombose*) ; le caillot subit des modifications successives ; il commence par se ramollir, puis la fibrine se décompose et la masse finit par être composée de granules fins, pâles ; cette masse, si analogue à du pus, n'est pas du pus ; et enfin, les granulations fibrineuses, emportées par le courant sanguin[1], produisent, dans les poumons ou ailleurs, les oblitérations et les métastases que l'autopsie a révélées. Cette théorie est-elle viable ? Il y aura lieu de s'en occuper, quand elle aura été étudiée d'une façon plus approfondie.

Telles sont les idées professées par les humoristes et les organiciens pour l'élucidation du problème des métastases que j'ai rangées dans la seconde série. Les praticiens n'ont pas lieu d'en être satisfaits. De graves objections s'élèvent contre chacune d'elles. On peut d'ailleurs les oublier sans inconvénient au lit du malade. La thérapeutique est restée en dehors du débat, personne n'ayant déduit de la théorie qui lui appartient le traitement logique qui s'y trouvait contenu. Sur ce point important, nous sommes en présence des mêmes difficultés qu'auparavant ; il n'y a rien à changer, en vertu de ces idées, aux errements suivis jusqu'à aujourd'hui. On ne nous conteste pas le droit d'agir selon nos inspirations.

Quelle est, en présence d'une infection purulente établie, la pensée directrice du traitement généralement employé ? On s'accorde à croire que c'est une maladie de l'ensemble. Ceux qui pensent que le changement survenu dans la plaie est le fait initial dont tout le reste dépend, se comportent comme ceux qui professent que ce changement est, au contraire, l'effet de la maladie. Ils n'attendent aucun secours efficace d'un traitement quelconque dont la plaie serait l'objet. La viciation de l'ensemble est pratiquement la chose importante ; c'est à la combattre que tout le

monde s'attache; quelque valeur que l'on prête à la phlébite et aux autres lésions, phlegmasies, ramollissements, suppurations, etc., on ne croit pas à la possibilité du succès à l'aide d'un traitement dirigé contre elles. On agit, je le répète, comme si on était convaincu de la supériorité de l'indication tirée de l'état général.

S'agit-il de prévenir la maladie, les soins réclamés par la plaie peuvent beaucoup. Il est tout naturel de croire qu'un bon traitement chirurgical doit exercer une heureuse influence. Quelques-uns, à la suite de M. Bonnet (de Lyon), pensent que la maladie peut être arrêtée dans son principe par une forte cautérisation de la plaie. D'autres emploient des badigeonnages variés, le perchlorure de fer par exemple, comme l'idée en a été récemment émise devant le congrès international de Paris. Ces pratiques, suggérées par l'idée de la phlébite, tireraient, dit-on, leur efficacité des adhérences que l'action caustique provoque entre les parois de la veine enflammée. On substitue une phlébite adhésive, et par conséquent isolée, à une phlébite ouverte. Avant d'examiner ce que vaut cette explication, il faut s'assurer que ce genre de traitement a du succès. L'immense majorité des chirurgiens ont plus que des doutes à cet égard.

En somme, après tant d'essais de tout genre, le traitement curatif auquel on se rattache est un traitement de l'ensemble.

L'infection purulente est donc, chez le blessé, un fait nouveau qui change radicalement sa situation, et ce fait est une maladie générale.

Quelle est la nature de cette maladie générale, au point de vue de l'indication à remplir?

L'extrême gravité de la situation, la multiplicité des lésions, les anomalies qu'elles présentent, etc. (phlegmasies diffuses, prédominance du travail de suppuration sur celui de restauration), quand on les compare aux lésions type de même nom, révèlent un haut degré d'ataxie, ataxie qui s'accompagne visiblement de la résolution des forces. C'est une maladie du genre des ataxo-adynamiques. Le propre de ces maladies, tout le monde le sait, est la défaillance de la faculté médicatrice, la présence d'actes morbides dont l'évolution tend à la destruction des organes, à l'anéantissement de la vie. Personne, tant les faits sont significatifs, n'élèvera aucune objection contre cette manière d'apprécier l'infection purulente : dans une maladie pareille, le désordre est si-

grand, et sous son influence la dégradation des parties se fait avec une telle rapidité, que les échecs presque constants qu'on éprouve dans le traitement n'ont rien qui puisse surprendre; ici l'incurabilité doit être la règle.

Les choses étant ainsi, nos efforts doivent tendre à prévenir l'infection purulente, à l'arrêter dès son commencement. Pour cela, il importe de savoir quelles sont ses causes, sous l'influence de quelles conditions elle se forme. La question pathogénique est donc pour nous d'un grand intérêt, et l'on a vu par ce qui précède que de tout temps on l'a jugée ainsi. Je n'ai pas la prétention de donner la solution de ce difficile et important problème, mon but est de la préparer.

Il résulte de l'observation que, dans l'immense majorité des cas, l'infection purulente vient à la suite d'une plaie qui suppure. Est-ce là une condition indispensable? Je pense que non, et j'admets, sans hésiter, la possibilité des faits dans lesquels certains observateurs ont trouvé tous les phénomènes de l'infection purulente, sauf la plaie. Ceux qui croient à la nécessité absolue de la phlébite affirment qu'il y a eu préalablement une veine enflammée et suppurante qu'on n'a pas trouvée parce qu'on ne l'a pas bien cherchée. La raison, disent-ils, veut qu'on se montre sévère à l'égard de faits qui constituent une infime minorité. Il y a des chances pour que ces faits rentrent dans la règle, car il s'agit d'un détail minutieux d'anatomie pathologique, l'inflammation d'une veinule pouvant se dérober à l'investigation de l'anatomiste le plus exercé et le plus patient.

Quand on élève de pareilles difficultés, on récuse le témoignage de l'observation. C'est d'après un raisonnement qu'on se décide, raisonnement qui consiste à dire que, passé une certaine limite, les faits rares ne doivent être comptés pour rien, bien qu'ils remplissent toutes les conditions de crédibilité exigées dans l'état actuel de nos connaissances.

Cette proscription de parti pris me semble antiscientifique. Je trouve très-juste qu'on examine avec un soin tout particulier un fait qui s'éloigne par un point de ceux de la même série; mais quand toutes les précautions sont prises contre l'erreur possible, ce fait a autant d'autorité que le plus vulgaire. La valeur de ce dernier reste entière sans doute, mais y a lieu de se demander si elle n'a pas été exagérée. C'est ainsi qu'on a été amené à

penser qu'il y a des fièvres d'accès à la formation desquelles l'effluve marécageux est étranger, qu'il y a des tétanos sans traumatisme préalable, des morves sans contagion, etc.

Ces possibilités exceptionnelles seraient admises sans répugnance, si l'on faisait la part assez grande à l'autonomie, à la spontanéité du corps vivant dans la formation des maladies. Le système vivant en est le véritable, l'unique auteur. Les causes qui lui sont extérieures ne sont que des incitations. Parmi ces incitations, les unes sont plus puissantes, plus appropriées que les autres pour provoquer tel état morbide ; mais l'expérience prouve qu'aucune n'est nécessaire, et que l'aptitude à cet état morbide peut se manifester sous l'influence d'autres conditions et même sans provocation appréciable. Quand on tient compte de tous les faits relatifs à une maladie quelconque, on est obligé d'admettre que cette maladie peut naître sous une influence distincte de celle de sa cause provocatrice habituelle. S'enchaîner à cette cause, c'est rétrécir outre mesure la marge dans laquelle l'action pathologique se meut. La vérité de ce précepte a éte prouvée dans une autre partie de cet ouvrage, et celui qui en est convaincu est amené à reconnaître que l'infection purulente peut se développer sans plaie, sans un point suppurant préalable, bien que les observations de ce genre constituent une minime exception.

L'existence d'un point suppurant, le plus souvent d'une plaie, étant le fait ordinaire, il importe de savoir quelle est la part qui appartient à ce fait dans la formation de l'infection purulente. L'importance de cette recherche saute à tous les yeux.

Comment une partie qui suppure peut-elle être cause provocatrice d'une infection purulente ? Je constate d'abord qu'au point de vue de la révolution qui s'opère, de la gravité et de la rapidité des lésions et des symptômes, il existe une frappante ressemblance entre cette maladie et ce qui se passe dans un empoisonnement. En second lieu, je trouve naturel qu'un sujet présentant un point en suppuration soit plus apte qu'un autre à contracter une maladie purulente, et je reconnais sans peine que ce sont deux choses ayant une relation probable.

L'idée qui a dû se présenter instinctivement à l'esprit, c'est que le pus a été versé dans le torrent circulatoire, viciant le sang, y remplissant le rôle de poison, et se révélant comme cause matérielle par sa présence dans le parenchyme des organes, dans le

tissu cellulaire, dans les cavités naturelles. Tout cela, j'en conviens, s'accorde avec la nature ataxo-adynamique qu'on a reconnue à la maladie. L'ataxo-adynamie n'est pas rare dans les observations qui ressortissent à la toxicologie, et ici elle prendrait une forme en rapport avec la nature du poison.

Y a-t-il vraiment intoxication par le pus? Nous avons vu plus haut les objections graves qu'on peut adresser à cette théorie.

Est-il démontré que l'altération du sang soit le fait initial de l'infection purulente? Cette altération n'est-elle pas, au contraire, la conséquence de la maladie ataxo-adynamique? Ne serait-elle pas effet au lieu d'être cause? Les partisans de l'intoxication par le pus (fait initial) n'ont pas donné des preuves suffisantes de la justesse de leur opinion. D'un autre côté, l'expérience prouve que les conditions qui favorisent l'inflammation des veines exposent à l'infection purulente. La phlébite peut donc jouer incontestablement un rôle dans cette pathogénie; mais on va au-delà des faits quand on soutient que ce rôle consiste à verser du pus dans le torrent circulatoire. Quelle quantité de pus faut-il pour amener une altération du sang au-dessus des efforts de la faculté médicatrice? Est-il nécessaire que le pus possède des qualités particulièrement hostiles? Ce côté de la question n'a été examiné par personne. La phlébite existe-t-elle toujours? Si, contrairement à l'observation, on s'obstine à répondre par l'affirmative, on est obligé de convenir que le pus provenant de l'inflammation d'une veine tellement petite qu'elle échappe à l'examen le plus minutieux, suffit, à lui seul, pour empoisonner tout le sang d'une façon mortelle. Pouvons-nous admettre que dans un corps sain une si petite cause soit capable d'amener d'aussi grands effets?

Ne se pourrait-il pas que la phlébite ne fût qu'une cause occasionnelle, c'est-à-dire une de ces causes qui ne sont efficaces qu'à la condition de trouver dans l'organisme une prédisposition spéciale qui en accroît la puissance? Cette question n'est pas de celles qu'on puisse laisser dans l'ombre; si le pouvoir funeste accordé au mélange du pus avec le sang était irrésistiblement démontré, il ne serait nullement nécessaire de trouver une autre cause; mais nous avons vu combien la preuve est incomplète. N'est-il pas alors raisonnable de chercher ailleurs, et la prédisposition, qui joue un rôle si grand et si incontesté dans la pathogénie, ne mérite-t-elle pas d'être interrogée? Je pense qu'en ajoutant

la prédisposition aux autres données du problème, nous trouverons une solution plus satisfaisante et plus pratique.

De tout temps on a observé chez les blessés, chez les opérés, des maladies générales, *mali moris*, survenant à la suite de causes très-diverses : hémorrhagie, impression morale, erreur hygiénique parfois bien légère. Le traumatisme prédispose donc à ce genre de maladies. Le premier effet d'un traumatisme senti par l'ensemble est l'amoindrissement de la vie, amoindrissement révélé parfois par une véritable stupeur; plus le traumatisme est grave, plus cette subaction est prononcée. Le blessé sort, par la réaction, de cet état, dont la persistance serait mortelle ; mais cette réaction se fait rarement dans la mesure convenable. En conjurant un péril pressant, elle en amène d'autres. Les forces du blessé restent fortement altérées, et il faut que, dans l'affaiblissement où il est, il mène à bonne fin une opération morbide souvent grave, complexe, et qui exige une forte dépense d'action vitale; en réalité, les forces décroissent de jour en jour, et si leur diminution va jusqu'à l'exhaustion, c'est le signal de la maladie ataxo-adynamique. Une foule de causes particulières contribuent à précipiter la marche de cet affaiblissement : ce sont la crainte exagérée de la mort, l'hémorrhagie, la douleur et surtout la complication apportée par des influences extérieures funestes (encombrement, influences catastatique, épidémique, etc.)

Or il est d'expérience que les blessés les plus exposés aux accidents de l'infection purulente sont ceux sur lesquels les causes débilitantes ont le plus agi. La faiblesse, d'où qu'elle vienne, est la condition la plus favorable à cette terrible complication. Telle est la règle.

On ne nie pas la généralité de cette règle, mais on oppose des exceptions tendant à prouver que certains blessés contractent l'infection purulente dans des circonstances différentes de celles que je viens de mentionner. Il s'agit de blessés, d'opérés, pour lesquels rien de ce qui précède n'a été noté, et qui, à l'occasion d'une opération presque insignifiante, ont présenté des abcès dits métastatiques.

Peut-on admettre une prédisposition à l'ataxo-adynamie chez un sujet qui est mort à la suite de pareils abcès, lorsque le seul fait appréciable qui les a précédés est une phlébite survenue après

une opération faite sur une veine (saignée de précaution, ligature d'une veine variqueuse)? N'est-il pas évident alors que la phlébite est la seule cause qu'on puisse invoquer? Dans ce cas, l'intoxication du sang par le pus venu de la veine enflammée ne fournit-elle pas une explication tellement naturelle, qu'il est superflu d'en chercher une autre?

Selon moi, il est impossible de nier que dans les faits de cet ordre la phlébite a exercé une influence incontestable. Il me paraît certain que, sans l'opération qui a déterminé la phlébite, rien ne serait arrivé. Mais la part de cette phlébite restera indéterminée tant qu'il ne sera pas prouvé par l'expérience qu'elle a fourni un pus qui, par sa quantité ou sa qualité, a été capable d'amener l'intoxication. Je resterai dans le doute si l'on ne me dit pas pourquoi, dans ce cas, l'intoxication a eu lieu, et pourquoi, dans d'autres, le pus introduit dans le sang n'a pas amené d'infection purulente. Il faut qu'on résolve cette difficulté avant d'arrêter définitivement le rôle de la phlébite; car jusque-là je serai autorisé à considérer cette phlébite comme pouvant n'être qu'une cause provocatrice qui a rencontré, comme auxiliaire, une prédisposition malheureuse dont rien d'apparent ne permettait de prévoir l'existence. Une supposition pareille n'est pas étrange en pathologie. Il n'est pas rare, en effet, de voir des sujets qu'on avait lieu de croire doués de la santé la plus florissante, prouver leur vulnérabilité en contractant une maladie formidable à la suite d'une cause morbifique légère.

En résumé, je ne nie pas l'influence de la phlébite, mais je demande qu'on détermine comparativement la phlébite qui donne lieu à une intoxication capable de surmonter la résistance vitale du sujet le mieux doué, et la phlébite qui agit avec le concours d'une prédisposition préalable, et qui, sans cette prédisposition, garderait les proportions d'une phlébite ordinaire. On distingue, avec raison, la phlébite adhésive et la phlébite suppurative, qui est heureusement l'exception. Mais pourquoi une phlébite n'est-elle pas adhésive? Il est permis de supposer qu'il en est ainsi, parce que les produits de cette phlegmasie manquent d'une plasticité suffisante. Or, ce défaut de plasticité se rencontrant dans toutes les maladies à fond adynamique, le pouvoir que l'on attribue à la phlébite non adhésive témoignerait en faveur de mon hypothèse.

En supposant, remarquons-le bien, qu'ici tout dût être attribué

à la phlébite, ces cas ne détruiraient pas la valeur de ceux, plus nombreux, dans lesquels les causes d'affaiblissement et de perturbation ont été évidentes : hémorrhagie, douleur excessive, pansements défectueux, mauvaise hygiène, invasion d'une fièvre d'accès ou de toute autre maladie régnante, etc.

Mais, de ce que la phlébite joue un rôle important dans la production de l'infection purulente, il ne s'ensuit pas qu'elle soit une cause nécessaire. L'infection purulente peut survenir à l'occasion d'une plaie non compliquée de phlébite. Il me suffit d'un traumatisme et d'une prédisposition spéciale, pour me rendre compte de l'événement; je puis même le concevoir sans traumatisme, quand la prédisposition est très-prononcée, et j'admets cette possibilité puisque les faits m'y autorisent.

L'infection purulente est une des formes de l'affection ataxo-adynamique; cette forme est caractérisée par une tendance singulière à faire du pus, lequel, dans ces circonstances, n'a pas besoin des conditions habituelles qui accompagnent sa formation. Je trouve tout simple que l'ataxo-adynamie purulente soit observée particulièrement à la suite des maladies dans lesquelles une ou plusieurs de nos parties suppurent. Non-seulement une plaie, une phlébite, sont des causes provocatrices de la maladie ataxo-adynamique, mais encore elles me paraissent capables de déterminer, mieux que toute autre, la forme de cette maladie.

La thérapeutique prophylactique de l'infection purulente est en rapport direct avec les idées que je viens d'exposer. Elle comprend tous les moyens capables d'assurer la guérison de la plaie, et, sur ce point, on peut se demander s'il ne serait pas utile de modifier le mode de pansement des plaies tel qu'il est généralement usité, pour revenir, comme faisaient les anciens, à l'emploi de substances toniques, astringentes, balsamiques. Il est certain que les cas d'infection purulente se sont singulièrement multipliés depuis le règne de Broussais, sous l'influence duquel l'emploi des substances émollientes s'est presque exclusivement généralisé.

Il est certain encore que dans les hôpitaux où l'on réunit les plaies chirurgicales par première intention, l'infection purulente est rare. Une plaie fermée guérit plus vite, est peu accessible aux causes d'irritation, et fait subir au sujet une moins grande dépense de forces. On conçoit très-bien, dans ma manière de voir, qu'elle puisse être un préservatif de l'infection purulente.

En simplifiant le travail restaurateur, en lui donnant plus d'assurance, on diminue les causes d'affaiblissement. On obtient le même résultat en soutenant, par des médicaments et une hygiène appropriés, les forces du blessé au degré convenable, en le plaçant dans un milieu salubre, etc.

La meilleure prophylaxie de l'infection purulente consiste donc à maintenir, à restaurer le *robur* vital dans la partie blessée et dans l'ensemble. C'est là-dessus qu'il faut compter, et il y a, sous ce rapport, un grand progrès à faire, pour lequel l'hygiène doit remplir le rôle principal.

Quant au traitement curatif, je reconnais que jusqu'à présent aucune méthode thérapeutique n'a reçu la sanction de l'expérience. J'ai déjà dit que l'infection purulente est une de ces maladies dont les lésions et les symptômes accusent une si grande perversion, un si grand désordre, dans l'action vitale, que l'impuissance de l'art n'a rien qui doive surprendre. Les phénomènes observés pendant la vie et après la mort autorisent à penser que la résolution des forces est le principal élément de la maladie. La pratique a d'ailleurs prouvé que tout traitement affaiblissant est funeste, surtout les saignées, qui cependant, dans l'hypothèse de l'intoxication, devraient être favorables, puisqu'elles débarrasseraient le corps du principe toxique. Je crois donc qu'un traitement tonique, reconstituant, est indiqué, et que s'il n'a pas de succès, c'est que le remède n'est pas assez puissant, eu égard à la grandeur du mal accompli, lorsque ce remède est administré.

Le lecteur a certainement été frappé des analogies qui existent entre ma manière d'interpréter les faits d'infection purulente et celle que M. Tessier[1] a publiée il y a plusieurs années. J'accepte sous bénéfice de réserve, ainsi qu'on l'a vu, la conception de la fièvre purulente, que ce médecin a rendue justement célèbre. La théorie de M. Tessier a paru une nouveauté en dehors de l'École de Montpellier. Ici, nous avions depuis longtemps enseigné ce qu'elle contient de bon, et nous y étions arrivés en nous attachant à l'observation des faits considérés du point de vue thérapeutique.

Après les développements que je viens de donner, il n'est nullement nécessaire d'entreprendre l'étude des maladies attribuées à la suppression des lochies, à la suppression de la sécrétion du

[1] Tessier: *in* Journal *l'Expérience*, 1836 ; — *in* Journal *l'Art médical*, 1858.

lait; je ne pourrais que répéter les mêmes choses. Quand ces suppressions ne sont pas l'effet d'une maladie intercurrente, on doit les considérer comme des causes provocatrices concourant à la production d'une maladie qui porte le cachet d'une prédisposition actuellement prédominante dans le sujet. Si l'on voit la fièvre puerpérale (maladie essentiellement ataxo-adynamique) succéder à l'arrêt des lochies, c'est que la femme en couches présente toutes les conditions particulièrement favorables à l'établissement d'une pareille maladie.

Si, la sécrétion du lait venant à cesser brusquement chez une nourrice, celle-ci contracte une phlegmasie viscérale, une névrose, une aliénation mentale, une hydropisie, etc., on doit considérer cette suppression comme une cause morbifique qui a déterminé la transformation en maladie d'une prédisposition spéciale en rapport avec les qualités de l'individu, et les influences auxquelles il a été ou est actuellement exposé.

ARTICLE III. — MALADIES LARVÉES.

La *larvation* (*larva,* masque) révèle un aspect spécial de l'irrégularité pathologique. Dans l'arrêt de développement, les actes morbides sont normaux, en rapport parfait avec l'état morbide qu'ils traduisent tel qu'il est. Quoique altérés par suite de l'impropriété du siége, ils existent encore dans la maladie mal placée. Il n'en reste plus rien quand tous les caractères de la maladie larvée sont réunis. Alors l'état morbide se cache derrière un appareil de phénomènes qui lui est étranger et qui reproduit, à s'y méprendre, celui d'une autre maladie.

L'existence des maladies larvées témoigne d'une manière éclatante et décisive contre les médecins qui donnent le premier rang aux lésions et aux symptômes. Ici leur erreur est manifeste, puisque les lésions et les symptômes suggèrent un diagnostic faux. Le diagnostic vrai doit saisir un objet qui est par-delà et qui constitue le fond essentiel de la maladie, l'état morbide. L'état morbide indique un traitement, les symptômes un autre. Le premier seul est efficace. L'enseigne de la maladie n'est pas incorrecte et difficile à lire; elle est, au contraire, bien écrite, fort claire, mais elle est fausse. C'est une dissimulation et une simulation comparables à celles de l'ordre moral où l'on voit une passion paraître sous les faux semblants d'une passion différente.

La maladie est larvée d'une façon *complète* ou *incomplète*. Dans la première, rien ne manque, en fait de symptômes, à la maladie simulée; le portrait est d'une ressemblance à tromper le plus habile, tant le dessin est exact. Dans la seconde, tous les symptômes ne sont pas trompeurs; il en est qui appartiennent à l'état morbide caché et qui servent, quand on sait les démêler, à éveiller les soupçons; c'est un indice de la vérité plus ou moins significatif, selon les cas.

Il n'est pas de praticien qui n'ait observé des maladies larvées. En voici quelques exemples :

Un individu est atteint subitement d'aliénation mentale sans périodicité, sans fièvre. C'est cependant une maladie qu'il faut combattre par le quinquina administré comme fébrifuge;

On traite avec succès, par les anti-herpétiques, une maladie offrant les apparences de l'épilepsie et jusque-là rebelle à tous les moyens. Ce n'était donc pas une affection épileptique, mais bien une affection dartreuse;

Un sujet présente exclusivement les symptômes les plus corrects d'une fièvre quarte. L'antipériodique a été impuissant. On entreprend un traitement par le mercure, et l'on réussit. L'état morbide était syphilitique, en dépit des apparences.

Dans les cas de ce genre, tous les caractères de la maladie larvée sont réunis.

L'exemple le plus fréquent de la simulation incomplète est fourni par l'affection marématique. Les symptômes normaux d'une pneumonie, d'une dysenterie, d'une hémorrhagie, etc., sont présents, sauf une périodicité rémittente ou intermittente. Cette dernière circonstance décèle une maladie à quinquina et corrige le premier diagnostic.

Les faits de maladie affective larvée sont les plus nombreux. Là tout est favorable à la dissimulation, à cause de l'indépendance plus grande de l'état morbide par rapport à ses manifestations. Quelques états morbides réactifs peuvent toutefois prendre le masque d'une maladie absente. Tels sont les cas dans lesquels la réaction provoquée par des vers intestinaux présente les symptômes d'une épilepsie, d'un asthme. Telle est aussi la pseudo-fièvre d'accès liée à la présence d'une sonde dans l'urètre.

La réalité de ces simulations a été de tout temps attestée par l'expérience; la forme larvée a une valeur pratique sur laquelle

ont insisté tous les bons observateurs, les épidémiographes surtout. L'école de Broussais a pourtant osé nier les maladies larvées. Il fallait une époque passionnée comme celle-là, pour qu'on pût méconnaître à ce point les enseignements de la clinique.

Les événements du genre de ceux des maladies larvées ne doivent pas étonner, d'abord parce qu'ils se présentent assez fréquemment, et ensuite parce qu'ils se rattachent à d'autres faits pathologiques analogues dont ils ne sont qu'un cas particulier.

Étant admis, et c'est un principe accepté, que dans un grand nombre de maladies l'expression manifestatrice est mobile, que la même affection est susceptible de revêtir plusieurs formes dont les livres classiques ne décrivent que les plus habituelles, il est évident que, dans d'autres circonstances, avec d'autres individus, l'expression symptomatique doit encore changer, sans que nous puissions préciser la limite de ces éventualités. Qu'y a-t-il donc de surprenant que, parmi tant de formes possibles, il s'en trouve qui rappellent celle d'une autre maladie susceptible, elle aussi, de présenter des variantes semblables, surtout quand on se rappelle que les mêmes actes morbides (douleur, spasme, fièvre, fluxion, phlegmasie, etc.), différemment groupés et nuancés, suffisent à l'expression de ces maladies.

N'oublions pas que le mot *anomalie* n'a qu'une justesse relative. Un praticien appelle anormal ce qui est rare pour lui. La même chose, en perdant sa rareté, cesse d'être anormale. Lorsque les accidents consécutifs aux intoxications saturnines et s'accompagnant de symptômes analogues à ceux de la folie, de l'épilepsie, ont été observés pour la première fois, cette *larvation* a paru bizarre et a étonné. Il n'en est plus ainsi depuis que l'observation, portée de ce côté, a prouvé que ces cas étaient assez fréquents. La forme continue de la fièvre marématique ne surprend pas les praticiens qui exercent dans le voisinage des foyers puissants d'infection. Donc, selon les lieux, selon l'étendue de l'expérience de l'observateur, selon les temps, une maladie sera dite larvée, ou bien cette épithète lui sera refusée. La maladie larvée implique quelque chose d'insolite, d'étrange. Beaucoup de choses sont jugées telles parce qu'elles n'ont été qu'incomplètement étudiées. Il n'y a point d'exception aux lois de la nature, aux yeux de celui qui connaît toute la réalité possible.

Remarquons ensuite que les faits analogues à ceux que présente

la maladie larvée et qui l'avoisinent, sont nombreux, en pathologie, et doivent facilement en faire accepter la réalité en permettant d'arriver, par gradation, jusqu'à elle.

La forme larvée se confond avec l'arrêt de développement lorsqu'une maladie se conserve à l'état naissant, et reste amoindrie parce qu'elle n'a pas encore l'énergie suffisante pour aller plus loin. C'est ainsi que la forme de l'épilepsie qu'on appelle *vertige* rappelle, symptomatologiquement, très-peu l'épilepsie et beaucoup une tout autre maladie. Que sont ces fièvres éphémères dont parlent les épidémiographes, et moyennant lesquelles un sujet paie son tribut à la maladie régnante, sinon cette dernière atténuée et prenant, en vertu de circonstances favorables, la forme d'une fièvre bénigne très-connue? Pourquoi l'appareil symptomatique serait-il intense, compliqué, puisque l'état morbide, réduit à son expression la plus simple, n'a infligé au système qu'une perturbation légère? Il serait étrange qu'il en fût autrement.

La maladie larvée a des points de contact avec la maladie mal placée. Supposons, et ceci n'est pas une hypothèse, que dans un cas de maladie mal placée, l'impropriété du siége soit telle que rien de la symptomatologie habituelle ne puisse être conservé, et que cette symptomatologie entière reproduise les traits ordinaires d'une autre affection : n'aurons-nous pas sous les yeux un exemple de maladie larvée? Ici, cette interprétation sera d'autant plus acceptable que quelques médecins faisant autorité définissent la maladie larvée en disant que c'est une localisation bizarre d'une affection morbide; définition incomplète pour l'ensemble des cas, mais qui convient à celui dont il est présentement question.

Les praticiens ont remarqué que des individus issus de parents goutteux, cancéreux, phthisiques, etc., étaient atteints d'hémorrhoïdes, d'accès de migraine, ou bien d'une éruption cutanée, persistant un certain temps, et dont la disparition était suivie des symptômes de la maladie héréditaire. N'est-on pas autorisé à penser que les hémorrhoïdes, la migraine, l'éruption, ont été un premier essai, une forme transitoire et exceptionnelle de cette maladie; et n'est-ce pas encore là un exemple de maladie larvée?

Il est évident que les faits de maladies larvées ne paraissent extraordinaires que lorsqu'on les isole de leurs voisins. On les rallie très-aisément à ces derniers, et alors, convenablement entourés, mis à leur place, loin d'être un désaccord, ils ne sont que l'ex-

pression plus complète d'une loi générale en pathologie, et l'on arrive à s'étonner de ne pas les rencontrer plus fréquemment.

A bien considérer l'ensemble des choses, tout est normal, naturel; ce qui est rare comme ce qui est fréquent. Toute variation d'effet répond nécessairement à une variation équivalente dans la manière d'agir de la cause. Jusqu'où peut aller cette possibilité sans que la cause change de nature? La pathologie spéciale doit décider expérimentalement ce point pour chaque espèce morbide. Il suffit de dire que, d'après les observations faites, la marge est considérable.

Maintenant il y a lieu de se demander pourquoi, dans tel cas, la cause de l'action est telle qu'il en résulte, non pas les symptômes habituels, mais les symptômes d'une maladie différente. Question difficile, parfois insoluble, dont l'élucidation doit être demandée à l'étiologie.

Les circonstances tirées du milieu où vit le sujet, et du sujet lui-même, peuvent expliquer assez les faits de maladie larvée pour les faire prévoir et aider à les reconnaître.

L'influence du milieu est diverse. Tantôt c'est elle qui détermine le fond morbide, tandis que la raison de la spécialité de la forme se trouve dans les qualités innées ou acquises du sujet; au moment du passage d'une constitution médicale à une autre, on rencontre des cas qui offrent encore la symptomatologie de l'ancienne maladie, bien que le fond de la nouvelle soit présent. Je donne comme exemple cette observation de Sydenham, que l'affection inflammatoire de l'année 1665 accusait, à son début, tous les traits de l'affection bilieuse qui avait précédé. La forme suggérait les antibilieux, mais le fond commandait les antiphlogistiques, qui seuls étaient efficaces. On explique rationnellement ces cas de forme larvée en disant que, dans ce moment de transition, l'impression antérieurement subie par les sujets n'était pas encore tout à fait effacée, et qu'il en restait assez pour déterminer la forme morbide, tandis que la nouvelle influence, suffisante pour changer l'état morbide, n'était pas encore assez souverainement établie pour imposer en même temps sa forme. C'est ainsi qu'à la suite d'une révolution politique acceptée avec enthousiasme, les cœurs sont convertis aux nouvelles idées; mais les anciens usages, les choses antérieures, persistent encore pendant un certain temps, et ne disparaissent tout à fait qu'à la longue.

La part que l'influence épidémique ou endémique prend dans la réalisation des maladies larvées est connue de tous. Il est convenable de dire ici quels en sont les principaux modes. C'est elle qui détermine communément le fond, l'état morbide, et c'est le sujet qui par ses prédispositions locales et générales détermine la forme. Un sujet faible ou fort, nerveux ou sanguin, etc., exprime à sa manière la maladie qu'il subit, et si ses qualités individuelles sont assez énergiques, il se pourra très-bien que le tableau symptomatique offert par lui diffère notablement de tous les autres. Des circonstances particulières font donner à la maladie une localisation insolite. Ainsi Finke, dans l'article de son livre intitulé : *De hemorrhagiis ex causa biliosa,* rapporte le fait d'une hémoptysie derrière laquelle la maladie régnante se dissimulait. Ce siége anormal s'explique aisément, car le malade venait d'être guéri d'une péripneumonie. Quoi de surprenant que le poumon, plus susceptible, plus vulnérable que les autres organes, ait senti plus vivement l'action de la cause générale et ait attiré sur lui l'effort morbide ! Je trouve tout aussi simple qu'un blessé qui contracte la fièvre d'accès réalise celle-ci sous la forme hémorrhagique, parce que les conditions favorables à l'écoulement du sang sont réunies chez lui.

En temps d'épidémie ou d'endémie, tantôt la partie *larvante* et la partie *larvée* sont contemporaines et forment une seule maladie toujours la même depuis le commencement jusqu'à la fin ; tantôt le résultat se réalise à la suite d'une transformation fort importante à reconnaître pour le choix du remède. Au moment où le sujet est soumis à l'action de la cause générale, il est déjà porteur d'une maladie où il n'y a rien d'insolite, et dont la nature et la symptomatologie se trouvent parfaitement d'accord. Les choses changent lorsque l'influence épidémique a agi assez fortement sur cette maladie pour se l'assimiler, tout en respectant ses symptômes. Il n'y a rien de nouveau en apparence, et cependant le fond morbide a disparu pour faire place à l'affection régnante. A partir de ce moment, la maladie appartient à cette dernière et doit être traitée comme telle. La science possède plusieurs faits de ce genre ; le suivant en donnera une idée. Un militaire traité longtemps et sans succès, en France, pour un catarrhe de la vessie, fut envoyé en Algérie, dans une localité marécageuse. Là, les moyens analogues à ceux qui avaient été employés auparavant furent de nouveau mis en usage, et toujours infructueusement. Le médecin eut

la pensée d'essayer le sulfate de quinine, et le catarrhe vésical guérit. Évidemment ce catarrhe était alors devenu le masque de l'affection paludéenne. Par suite de l'action endémique, une nouvelle nature pathologique s'était substituée à l'ancienne, malgré la persistance des mêmes symptômes. A ce propos, je n'apprendrai rien à personne en disant que, de toutes les affections, l'affection marématique est celle qui intervient le plus souvent dans la formation des maladies larvées, et qui en provoque les exemples les plus variés et en apparence les plus extraordinaires. Je ne prétends pas que tout soit possible en ce genre, comme le veulent certains médecins que lèurs succès dans les localités marécageuses ont rendus enthousiastes du quinquina; mais je pense que, en présence de pareilles conditions et dans les cas embarrassants, le quinquina doit être essayé.

L'influence de la cause externe n'est pas toujours assez énergique pour être prépondérante. D'autres fois la cause générale, alors moins puissante, ou bien rencontrant un obstacle insurmontable dans la résistance de l'affection qui existe déjà, en laisse subsister le fond et ne modifie que la forme. C'est ainsi que, pendant le règne de fièvres d'accès, un phthisique, un scorbutique, etc., conservent leur maladie, bien que les symptômes aient pris la couleur et les allures de ceux de la maladie régnante. La conclusion à tirer de ce qui précède est qu'en appréciant exactement, d'une part l'apport du sujet, et de l'autre l'apport de la cause générale dans le conflit, on expliquera le résultat. Si celui-ci est fréquemment enveloppé de mystère, c'est que les éléments de l'étude comparative dont je parle font défaut ou bien ont échappé à l'observateur.

La théorie de la formation des maladies larvées sporadiques ne peut être notablement différente. Ce sont toujours deux actions simultanées, pas assez opposées pour se neutraliser, capables au contraire de s'associer pour faire un tout morbide unitaire, mais cependant assez distinctes, assez puissantes, pour obtenir chacune son effet propre et spécial; à la plus puissante revient la nature intrinsèque de la maladie, à la plus faible reviennent la localisation et les symptômes. Soit, par exemple, un sujet atteint d'une affection herpétique héréditaire, et chez lequel cette affection se dissimule sous les apparences d'une névrose : on se rendra compte de l'espèce particulière de cette simulation, si ce sujet est une

femme et offre à un haut degré les caractères du tempérament nerveux. Ce tempérament a fourni la forme, et la diathèse héréditaire, constitutionnelle, constitue le fond.

Les choses ne sont pas toujours aussi manifestes; il n'en est pas moins vrai que l'étiologie des maladies larvées rentre dans la loi commune à toutes les étiologies, et il suffit d'aller plus avant dans cette étude, pour s'assurer que leur pathogénie n'a rien de particulier qui la sépare des autres pathogénies.

Les règles ordinaires du diagnostic président également à celui des maladies larvées. Ce diagnostic est, selon les cas, facile, difficile, impossible. L'écueil réside dans la symptomatologie, qui est décevante ; elle l'est bien moins toutefois pour le médecin exercé que pour un autre. Il découvre, pour peu qu'il y en ait, les symptômes appartenant à l'affection cachée, symptômes incomplètement dessinés et inaperçus du vulgaire, en sorte qu'un fait qui semblerait revêtir les traits d'une maladie larvée complète n'est, à ses yeux, qu'un exemple de maladie larvée incomplète, laquelle, cela est évident, est plus facilement reconnaissable. Quelques praticiens méconnaissent une périodicité évidente révélant la vraie nature d'une ophthalmie, d'une dysenterie, d'un asthme, etc. Un plus grand nombre n'aperçoivent pas tel phénomène fugace, à peine appréciable, qui dans beaucoup de cas est le seul indice de la périodicité.

La maladie est-elle complètement larvée, le praticien qui a beaucoup vu et beaucoup lu a encore sur les autres un grand avantage. Possédant à fond l'histoire de la maladie, il en sait toutes les manifestations possibles, même celles qui ne se sont pas encore montrées dans la localité où il exerce. Il connaît des cas où cette maladie s'est manifestée avec les symptômes qu'il a sous les yeux, et alors, pour peu que ses soupçons soient éveillés d'un autre côté, il ne se laisse pas prendre à l'apparence.

Les notions d'étiologie exposées plus haut sont l'avertissement le plus profitable ; quand elles sont significatives, leur poids est grave. Quels que soient les symptômes de la maladie chez un sujet issu d'ascendants goutteux, on doit penser à la goutte ; on soupçonnera la syphilis, si le sujet a été exposé à ce genre de contagion ; *à fortiori* devra-t-il en être ainsi lorsque les phénomènes ordinaires de la goutte, de la syphilis, se sont montrés auparavant. En temps de maladie populaire, il n'y a presque plus de difficultés, et toutes

les vraisemblances sont en faveur de la présence de l'affection ré-gnante; de même aussi, quand une cause puissante agit actuellement sur le sujet : vers, dentition, etc., il est prudent de lui attribuer les actes morbides observés et d'essayer, si cette pensée n'est pas contredite, une thérapeutique en conséquence.

La tentative réussit-elle, on a la preuve par vérification expérimentale, et la certitude est acquise. Mais cette preuve est, plus d'une fois, lente à venir et difficile à obtenir. On n'a pas, pour toutes les maladies, un spécifique qui, comme le quinquina, le mercure, donne en peu de temps des résultats décisifs. On est dans le vrai en diagnostiquant telle affection larvée, en prescrivant le traitement qui convient généralement à cette affection; et cependant l'agent thérapeutique employé n'amène aucune amélioration, soit parce qu'il est mal choisi, mal prescrit; soit parce qu'il rencontre, de la part d'une complication, d'une diathèse, une résistance qui impose la nécessité d'un traitement particulier. Il y a donc des cas où l'insuccès ne prouve pas qu'on s'est trompé, où du moins, pour parler plus exactement, on ne se hâtera pas de condamner le traitement entrepris et de défaire le diagnostic. Le mot *insuccès* ne sera prononcé qu'à bon escient, quand on sera sûr d'avoir fait tout le nécessaire.

En résumé, des trois sources de diagnostic : signes tirés des symptômes, de l'étiologie, de la thérapeutique, la deuxième et la troisième sont celles auxquelles il faut puiser dans les cas de maladie larvée. La première ne fait même pas entièrement défaut quand la simulation est incomplète, et, comme je l'ai expliqué, celle-ci n'est fréquemment complète que pour les observateurs inexpérimentés.

Il n'est pas nécessaire de prouver que ce que j'appelle diagnostic vrai est le diagnostic pratique, celui qui suggère les indications capitales, et dont l'événement thérapeutique confirme la justesse. Jusque-là, l'existence d'une simulation est soupçonnée, probable; elle n'est certaine que lorsque cet événement a prononcé. Portons donc tous nos soins à ce diagnostic du fond morbide, car c'est lui qui caractérise cliniquement la maladie. Ce n'est pas une raison pour dédaigner le diagnostic des actes morbides. Il ne suffit pas, par exemple, de diagnostiquer une fièvre à quinquina, il faut, en outre, reconnaître les lésions par lesquelles cette fièvre se manifeste; et si elle est, je suppose, péripneumonique, on doit non-

seulement découvrir la lésion matérielle, mais encore en déterminer l'étendue, la période et toutes les particularités qui s'y rattachent. Nous allons voir que cette notion, bien que secondaire relativement à l'autre, a pourtant un intérêt incontestable.

Ce serait se tromper que de considérer la réalisation d'une maladie larvée comme un haut degré d'irrégularité ataxique. Il n'est pas exact de croire que ce résultat dépend nécessairement de ce que les praticiens appellent *ataxie;* en tout cas, ce n'est pas une ataxie dangereuse comme celle qui exprime le délabrement ou une fatale direction des forces. Cette ataxie et la simulation peuvent assurément aller ensemble; mais, tout étant égal d'ailleurs, l'affection larvée n'est ni plus grave ni plus menaçante que celle qui s'exprime comme à l'ordinaire. D'après moi, l'affection larvée ne présente de difficultés particulières que pour son diagnostic. Son pronostic ne diffère pas sensiblement de celui des affections dont l'expression est normale. On a dit que l'affection marématique exigeait, quand elle était larvée, un traitement plus énergique et plus longtemps continué. La majorité des cas que j'ai observés ne justifie pas une pareille opinion. Il m'a semblé même que les rechutes étaient alors moins fréquentes, et l'on sait que, dans les affections de ce genre, le plus embarrassant n'est pas de couper les accès, mais de les arrêter définitivement.

Le pronostic de la maladie larvée, comme celui de toute maladie, se tire de l'affection et des actes morbides. Celui de l'affection, je l'ai dit, ne change pas; celui des actes morbides varie selon la nature de ces actes et selon leur siége. Tout acte morbide a ses inconvénients, ses dangers, et si celui qui exprime l'affection est redoutable, le pronostic s'aggrave d'autant. Sous ce rapport, comme sous tous les autres, la règle est commune.

J'en dis autant du traitement; il y a, comme partout, indication de combattre l'état morbide, et c'est là l'indication capitale. Vient ensuite l'acte morbide. Celui-ci disparaîtrait sans doute, si l'on pouvait remplir à temps et avec efficacité la première indication. Mais, on le sait, cela n'est pas toujours possible, et il y a lieu d'apprécier l'acte morbide pour décider la conduite qu'il faut tenir à son égard. Nous l'avons vu, l'acte morbide *larvant* peut être, par rapport à l'affection, une manifestation moins dangereuse que la manifestation habituelle, auquel cas il doit être respecté : névralgie masquant une affection cancéreuse, hémorrhoïdes rem-

plissant le même rôle vis-à-vis de l'affection tuberculeuse, etc.

L'acte morbide est-il modéré, tolérable, il n'y a pas lieu de s'en occuper ; tout l'effort thérapeutique doit porter sur l'affection.

L'acte morbide, et c'est malheureusement commun, a un siége, une nature, une intensité qui le rendent dangereux ; alors, selon les cas, on cherche à l'amoindrir ou bien à le faire disparaître.

L'acte morbide devient l'indication première lorsqu'on juge qu'il sera prochainement mortel. Ce cas n'est pas rare dans l'affection intermittente larvée. La règle est de porter le remède là où le péril est pressant, et en même temps de prescrire le spécifique qui doit empêcher le retour du prochain accès.

On le voit, il n'y a là aucune exception sérieuse aux préceptes thérapeutiques applicables aux autres cas de la pathologie.

ARTICLE IV. — QUE DOIT-ON ENTENDRE PAR MALADIES VRAIES, FAUSSES, LÉGITIMES, BATARDES ?

On lit la note suivante à la page 381 du *Traité de pathologie générale* de Chomel[1] : « Quant à la distinction des maladies en *fausses (morbi spurii, nothi)*, et en *vraies (morbi exquisiti, legitimi)*, elle a été avec raison combattue par les médecins de ce siècle. Ces prétendues espèces de maladies ont été entièrement rayées des nosologies récentes. »

L'examen de cette phrase me permettra de répondre à la question posée en tête de cet article.

Je fais d'abord observer que la pensée des médecins qui se servaient des mots *morbus nothus, spurius*, est mal comprise. *Nothus, spurius*, ne veulent pas dire *faux*, mais *bâtard, illégitime*. Un enfant bâtard est un enfant *vrai*, mais il n'a pas son père légal. *Exquisitus, legitimus*, ne peuvent davantage se traduire par *vrai* : ils signifient : *exquisitus*, ce qui est de choix, ce qui réunit le mieux les qualités propres à un objet ; et *legitimus* s'entend de ce qui est conforme à la loi. De là, la légitimité de l'enfant qui a ses parents légaux.

Par conséquent, aucun des nombreux auteurs qui ont employé ces expressions latines n'a voulu parler de maladie *fausse*, ni de maladie *vraie*. Que peuvent être des maladies fausses, des mala-

[1] Chomel ; *Path. génér.*, pag. 381.

dies vraies? Je ne vois qu'un sens raisonnable : Une maladie *fausse* est une maladie qui en simule une autre ; une maladie *vraie* est celle qui s'exprime correctement par ses symptômes habituels. Ainsi, on dira d'un érythème rappelant les symptômes de l'érysipèle, d'une pseudo-vaccine simulant la vraie, que ce sont un *faux* érysipèle, une *fausse* vaccine.

A ce compte, les maladies larvées dont je viens de parler seraient toutes des maladies *fausses*. Maladies *fausses, vraies,* cela revient à dire qu'il y a des maladies bien exprimées et d'autres qui le sont mal. C'est affaire de diagnostic. L'érysipèle *faux* est une variante de l'érythème ; la vaccine *fausse* est une maladie locale non virulente, une pustule produite par une irritation simple. Il n'y a donc pas lieu de constituer ce prétendu érysipèle, cette prétendue vaccine, en espèces particulières; et si jamais quelqu'un a commis cette faute ou une faute analogue, on a bien fait de le reprendre. D'un autre côté, qui a jamais eu la pensée de distinguer la maladie vraie comme espèce particulière? A cet autre point de vue, Chomel a encore raison.

Voilà la question des maladies *fausses* et des maladies *vraies* facilement résolue. Reste celle des maladies *légitimes* et des maladies *illégitimes,* mêlée à l'autre parce qu'on a mal traduit *nothus, spurius.* Chomel, et beaucoup avec lui, ne comprennent pas la pensée des auteurs qui se sont servis de ces expressions, pensée qui touche pourtant à des intérêts pratiques, et qui a été émise par des médecins dont l'autorité est respectable.

De même que pour le *faux,* l'*illégitime* ne peut s'entendre que de l'acte morbide. L'état morbide est toujours *vrai, légitime;* mais ce par quoi cet état morbide se manifeste peut ne pas l'être. Nous savons comment l'acte morbide est *faux.* Comment peut-il être *illégitime?* Il le sera s'il se passe quelque chose de comparable à ce qui a lieu dans la *bâtardise.* Pour cela, l'état morbide étant, par une métaphore fort juste, considéré comme le père de l'acte morbide, on s'est demandé s'il pouvait être, dans quelques circonstances, l'équivalent du père non légal. En suivant l'idée analogique, on a jugé l'acte morbide *légitime* lorsqu'il procède de l'état morbide, dont il est le produit le plus fréquent, le plus naturel, constituant ainsi une descendance conforme à la règle. Au contraire, l'acte morbide a paru *illégitime* quand il sort exceptionnellement d'un état morbide qui n'est pas régulièrement le sien.

Le fait d'illégitimité pathologique qui avait le plus frappé l'attention, et auquel on a donné le plus d'importance, est la maladie désignée sous le nom de *peripneumonia notha, spuria*, dont beaucoup d'auteurs ont parlé, entre autres Sydenham et Grant. Je m'en servirai pour expliquer ce qui précède, et en même temps pour motiver mon jugement sur une semblable manière de raisonner. Ces auteurs avaient remarqué une maladie qui apparaissait fréquemment, et qui pour eux était une péripneumonie. Cette péripneumonie différait notablement des autres ; elle naissait de préférence sous des influences opposées à celles qui provoquent la péripneumonie ordinaire (automne, air froid et humide), attaquait d'autres sujets (sujets lymphatiques, replets, à poitrine grasse, à respiration gênée par un effort dépassant la mesure habituelle). A cette péripneumonie convenaient particulièrement les évacuants, les vésicatoires, les antimoniaux, l'ipécacuanha, la scille, une diète peu sévère. Les symptômes étaient ceux de la péripneumonie, mais ils présentaient des différences qu'on s'attachait minutieusement à faire ressortir, tant il paraissait important, dans l'intérêt de la thérapeutique, de ne pas se tromper sur ce diagnostic.

En partant du principe que la péripneumonie type (*exquisita, legitima*) était la fille d'une affection inflammatoire, la péripneumonie en question, provenant d'une affection très-distincte (affection catarrhale, muqueuse), était une péripneumonie née en dehors de la règle, de la loi, et par conséquent une péripneumonie *illégitime*. Telle est la filiation des idées, tel est le sens réel des mots *nothus, spurius*. L'utilité d'une pareille distinction en thérapeutique est évidente, et ne méritait pas qu'on passât à côté sans y regarder.

Sydenham, Grant, Stoll et les autres, en étudiant à part la maladie dont il s'agit et en enseignant à la reconnaître, à la traiter, ont rendu service aux praticiens et ont éclairé l'histoire générale des péripneumonies. Le progrès réalisé par eux ne peut être nié que par ceux qui méconnaissent la tradition.

Je dois toutefois, dans l'intérêt de la vérité, ajouter ici deux ordres de réflexions, dont les unes se rattachent à la question des actes morbides *illégitimes*, et les autres seulement à la maladie jadis nommée *peripneumonia notha*.

Pour qu'avec l'assentiment général on pût appeler légitime ou illégitime tel groupe d'actes morbides, il faudrait que l'on fût préalablement d'accord sur l'état morbide qui en est le père ré-

gulier, le père légal. Cela est facile vis-à-vis des maladies spécifiques à lésions et symptômes marqués d'une empreinte spéciale, pathognomoniques; lésions et symptômes qui ne sont produits, quand cela a été observé, par un état morbide différent que dans des cas extrêmement rares. Ainsi, on donnera sans hésiter l'épithète d'*illégitimes* aux actes morbides de la goutte, du rhumatisme, à la pustule variolique, etc., qui, par exception, procéderaient d'une affection autre que celle où on les rencontre habituellement.

Mais s'il s'agit d'actes morbides qui se montrent dans un grand nombre de maladies indifféremment, avec à peu près la même physionomie (spasme, fièvre, fluxion, phlegmasie), on peut être embarrassé pour déterminer l'état morbide auquel il convient de les rattacher préférablement. Deux moyens sont venus à l'esprit pour faire ce choix. On a pensé que l'acte morbide devait appartenir par voie de filiation légitime à l'état morbide qui : 1° le produisait le plus souvent, et qui 2° le présentait avec un développement plus complet.

Ces moyens sont loin de conduire sûrement au résultat souhaité. L'immense progrès accompli dans l'étude des actes morbides a largement modifié les idées qu'avaient nos prédécesseurs, au sujet de la fréquence de tel d'entre eux par rapport à tel état morbide.

Longtemps, par exemple, on s'est cru autorisé à professer, comme dogme général, que la phlegmasie appartenait légitimement, par droit de naissance, à l'affection inflammatoire. Aujourd'hui que la phlegmasie est mieux connue, sur le vivant comme sur le cadavre, il est certain qu'elle se rencontre dans beaucoup d'autres maladies, et même à un tel point que la part des affections inflammatoires est devenue relativement petite. Cela varie selon les sujets et les lieux où l'on observe. Il y a des localités nombreuses où la phlegmasie d'origine inflammatoire est une minime exception. Après un pareil revirement, on soutient avec moins de confiance l'ancienne doctrine qui constituait la phlegmasie fille légitime de l'affection inflammatoire.

Le premier moyen nous faisant défaut, examinons l'autre. L'acte morbide appartiendra, dit-on, de préférence à l'état morbide qui le montre le mieux développé. Cette conclusion implique la possibilité d'établir des types où chaque acte morbide est le plus complètement, le plus correctement dessiné. Au premier abord

(toujours, bien entendu, dans l'ordre des actes morbides dont je parle, ceux qui sont presque ubiquitaires), la chose paraît aisée; les difficultés apparaissent à l'application. Quel est le type de la douleur, du spasme, de la fièvre, de la fluxion, de la phlegmasie? Sans doute on a répondu à ces questions, mais plus d'une fois les auteurs de ces réponses ont eu recours à leur imagination quand les faits les embarrassaient. Tel tableau classique ne rappelle que de loin ce qu'on observe dans la réalité pratique.

Si, après avoir défini la fluxion, on ne se contente pas de cela, et si l'on cherche le type de cet acte morbide, où le trouver? Dans la goutte, dans le rhumatisme, dans une plaie? Est-ce que la fluxion n'est pas aussi complète dans tous ces cas? En soutenant le contraire, on serait réduit à appuyer son dire sur des suppositions. En somme, pour ce qui regarde la fluxion en elle-même, la reconnaître, en apprécier l'activité, l'étendue, n'est-ce pas tout ce qui est permis au diagnostic, et peut-on soutenir qu'elle est plutôt la fille légitime de tel état morbide que de tel autre?

Il en est à peu près de même pour la phlegmasie. Il est plus aisé, sans doute, tout étant égal d'ailleurs, de distinguer deux phlegmasies entre elles que deux fluxions, et nous observons fréquemment des phlegmasies dont l'irrégularité est flagrante : phlegmasies dans lesquelles la fluxion, la suppuration, le spasme, sont prédominants, dont la tendance est gangréneuse, etc. Ce ne sont pas là, chacun est d'accord là-dessus, les types de la phlegmasie.

Quel est donc le type de la phlegmasie? On répond : c'est celle qui fournit un pus louable, la quantité de ce pus étant en proportion avec le travail qui l'a précédé.

Mais est-ce bien là la phlegmasie qu'on rencontre le plus communément dans les affections inflammatoires? Les pneumonies qui suppurent y sont-elles en majorité? Y compte-t-on, comme cas rares, les phlegmasies qui se terminent par résolution? Non certes.

En le supposant exact, le type donné tout à l'heure serait d'un facile secours pour les phlegmasies localisées à l'extérieur; cet avantage diminuerait à l'égard des phlegmasies internes, dont l'existence et les phases d'évolution ne se reconnaissent que par les symptômes. Pour certaines phlegmasies, sans doute, la science des symptômes s'est tellement perfectionnée que nous suppléons largement à ce qui manque sous le rapport de l'observation directe; mais il n'en est pas partout ainsi, et trop souvent encore nous en

ommes réduits, comme tout à l'heure je le disais de la fluxion, à ous contenter des phénomènes les plus saillants de la phlegma- ie, sans pouvoir pénétrer jusqu'aux petits détails qui la distinguent l'une autre. Un temps viendra, cela est possible, désirable, et nous levons y travailler activement, où, d'après les caractères intimes et spéciaux d'une phlegmasie, on pourra diagnostiquer l'état mor- bide qui l'a engendrée. Mais pouvons-nous dire actuellement de quoi elle est le produit légitime ou illégitime ? Quoi qu'il arrive, je considère ce problème comme étant aujourd'hui insoluble.

En résumé, je dirais volontiers du produit d'une affection spé- cifique, de pustules varioliques, de papules rubéoleuses, etc., ren- contrées sur un sujet atteint d'une autre maladie que la variole, la rougeole, que ce sont des produits illégitimes; mais s'il s'agit de l'acte d'une maladie non spécifique, j'aurais de la répugnance à employer cette expression, parce que là le principe de la légitimité ne peut être connu avec certitude. On voit que je réduis beau- coup le chiffre des illégitimités pathologiques. En conséquence, tout en admettant l'excellence des travaux exécutés par nos pré- décesseurs sur la *peripneumonia notha*, je n'appellerais pas ainsi cette péripneumonie ; je lui donnerais son vrai nom, commandé, comme les autres appellations, par la nature des actes et de l'état morbides qui la constituent.

Ici se présente naturellement la seconde série de réflexions que j'annonçais il y a un instant. En traduisant *peripneumonia notha* par *fausse péripneumonie*, on a laissé dans l'ombre précisé- ment l'essentiel, les actes et l'état morbides. *Fausse péripneumonie* ne signifie que ceci : maladie dans laquelle il y a des symptômes de la péripneumonie, et qui n'est pas une péripneumonie. De sorte que non-seulement on n'a pas compris l'épithète *notha*, mais en- core on a nié la péripneumonie.

Je crois, en effet, que Sydenham, Grant, etc., trompés par l'appa- reil péripneumonique, ont admis comme péripneumonies des cas qui n'en étaient pas. Parfaitement exacts pour tout le reste, ils ne l'ont pas été en ce qui concerne le diagnostic anatomique. La même maladie, étudiée avec les ressources de l'auscultation et de la percussion, nous a montré d'autres lésions. Souvent la phleg- masie occupe les bronches, mais plus gravement que dans le rhume ordinaire. Ce sont des bronchites remarquables par leur étendue et par leur siége dans les parties intimes de l'arbre aérien.

Est-ce à dire que de véritables noyaux pneumoniques ne peuvent s'y former ? L'expérience dément une semblable assertion. Plus d'une fois même il n'y a que péripneumonie, et alors l'appellation de Sydenham, de Grant, etc., est complètement justifiée. Ces variantes de lésion et de siége ont sans doute leur importance, mais elles ne font pas changer le fond morbide, et les indications capitales restent comme elles ont été établies par les anciens maîtres.

Maintenant nous sommes en mesure d'apprécier la valeur du mot *fausse péripneumonie*. Cette expression est erronée quand il y a vraiment péripneumonie; elle est insuffisamment vraie dans le cas contraire, car elle n'apprend pas ce qui existe. C'est une expression négative qui dit ce qui n'est pas et rien de ce qui est. Je préfère de beaucoup le terme *fluxion de poitrine*, car celui-ci révèle un élément important de la maladie, la fluxion. Mais ce mot *fluxion de poitrine* n'est encore qu'un pis aller, et doit être remplacé, toutes les fois que le diagnostic le permet, par celui qui désigne la nature et le siége de la localisation.

Ainsi, pour les motifs allégués, je n'approuve pas le mot *péripneumonie illégitime* d'abord choisi, ni celui de *fausse péripneumonie* qu'on lui a substitué. J'accepte le mot *fluxion de poitrine*, quand je ne puis faire autrement. Mais je dis : telle bronchite, telle pneumonie, etc., que l'exploration du sujet m'autorise à admettre. Voilà pour le diagnostic anatomique. Quant au diagnostic de l'affection, il est toujours le même dans le groupe de maladies dont il s'agit, c'est l'affection catarrhale muqueuse.

En résumant ce qui précède, j'établis :

1° Qu'il n'existe pas de maladies *illégitimes*, mais seulement des actes morbides pouvant exceptionnellement être produits par une affection autre que celle qui d'habitude leur donne naissance. La difficulté de déterminer cet état morbide *légitime* ailleurs que dans les maladies spécifiques, restreint considérablement le chiffre des illégitimités accceptables ;

2° Qu'il n'y a pas de maladies *fausses*, car une maladie est ou n'est pas. Il y a seulement des maladies dont le diagnostic est douteux, parce qu'elles présentent les traits d'une autre. Appeler ces maladies *fausses*, est un expédient. Le but à poursuivre incessamment est la connaissance de l'état morbide et des actes morbides, afin de les faire entrer dans la dénomination, l'état morbide tou-

jours, l'acte morbide quand il y en aura un primant les autres, et paraissant assez important.

Le mot *maladie fausse* ne doit donc pas figurer dans une langue pathologique bien faite. Et en cela je me trouve d'accord, quoique pour des motifs différents, avec la note de Chomel qui a servi de point de départ au présent article.

ARTICLE V. — MALADIES LATENTES, MALADIES CACHÉES.

C'est une faute souvent commise que de considérer les mots *latent* et *caché* comme synonymes. L'étymologie met sur la voie de la signification spéciale qui les distingue. *Caché* vient de *celare,* verbe actif. Or, pour cacher une chose, il faut pouvoir la toucher, la manier. *Latent* a été tiré de *latere,* verbe neutre, qui signifie être caché, signification qui implique non-seulement ce qui est visible et peut être caché, mais aussi ce qui n'est pas directement connaissable. Les Latins employaient le mot *latere* dans ce dernier sens, quand ils parlaient de choses invisibles de soi. Les choses cachées sont toujours susceptibles de tomber sous les sens à un moment donné.

Dans toutes les sciences, on a fait cette distinction. On dit d'un phénomène soustrait à nos regards, qu'il est *caché*. On dit d'une force, qu'elle est latente. Les physiciens appellent cachée, une chaleur que nous pourrions apprécier avec nos moyens ordinaires, mais que des obstacles nous empêchent d'atteindre : ainsi qu'on pourrait le dire, par exemple, de la chaleur du centre de la terre. Ils appellent au contraire *chaleur latente,* celle qui par sa nature se dérobe à nos moyens d'appréciation, et que nous ne connaissons qu'indirectement : telle est la chaleur absorbée par un corps qui passe de l'état solide à l'état liquide, de l'état liquide à l'état de gaz. La chaleur nécessaire à cette métamorphose disparaît si bien qu'elle est pour nous et pour nos instruments comme si elle n'existait pas.

En médecine, les faits matériels, visibles de soi, peuvent, de même, être cachés ou non. Les faits incorporels sont latents. Les phénomènes de la circulation dans le cœur sont cachés; la force qui anime les organes est latente.

En suivant les mêmes idées, on dira qu'un acte morbide matériel est caché quand il se dérobe à nos investigations. Rigoureusement,

les causes mystérieuses, génératrices de ces actes morbides, devraient toujours être appelées latentes. Elles sont, en effet, telles; mais comme elles le sont toutes également, ce caractère ne peut servir à aucune distinction utile. La latence de ces causes génératrices étant une qualité commune, a pu, sans inconvénient aucun, être sous-entendue, et voici comment ce problème a été compris dans les intérêts de la pratique.

Tous les états morbides (ce sont les causes en question) sont latents, mais le plus grand nombre se manifestent par des phénomènes : lésions, symptômes; ils sont alors, bien qu'indirectement, reconnaissables à l'aide de ces lésions, de ces symptômes. Ces états morbides, quoique latents, doivent être distingués de ceux qui ne s'expriment pas par des lésions, par des symptômes.

En existe-t-il de pareils ? En théorie, rien ne s'oppose à leur admission et même tout y concourt. La possibilité de ces cas est amplement démontrée par l'expérience. L'état morbide, étant un fait vital, doit participer de la nature et des pouvoirs de la vie. Or la vie peut, personne n'en doute, être privée de ses manifestations, ne conservant que la capacité de les produire. C'est l'ancienne division des forces en puissance, et des forces en acte, *in posse*, *in actu*. Il serait inexact de croire que les faits de vie en puissance soient rares; en outre des faits de mort apparente chez l'homme, chez les animaux, chez les végétaux, il existe des faits d'observation vulgaire qui prouvent que la vie *in posse* est loin d'être une exception. Il me suffit de rappeler que l'embryon contient en puissance ce qu'il développera plus tard; que la plupart des fonctions sont intermittentes. Or, pendant l'éclipse des phénomènes d'une fonction, la faculté de reproduire cette fonction existe toujours.

Je puis aussi invoquer les analogies tirées du monde moral. Certains individus ont assez d'énergie pour dissimuler complètement une passion violente. Il en est même qui ne dissimulent pas, ignorant eux-mêmes autant que les gens qui les environnent la passion dont ils sont atteints.

La *latence*, dans le sens de *maladie non exprimée*, n'est donc pas un fait étrange. D'ailleurs, d'autres faits pathologiques y amènent insensiblement et la rendent *à priori* très-acceptable. Nous avons vu combien sont mobiles les rapports qui unissent les lésions et les symptômes aux états morbides. On sait que dans certains cas

ces lésions, ces symptômes, diminuent en intensité, en quantité. Il y a des maladies très-faiblement exprimées; celles-ci servent naturellement de passage à celles qui ne le sont pas du tout.

L'incubation est une véritable latence que tout le monde admet. L'incubation est, en effet, un travail mystérieux, considérable, et cependant aucun phénomène appréciable ne permet d'en soupçonner la présence.

A la suite d'une vive émotion, un individu est couvert subitement d'une éruption dartreuse, ou bien il a une attaque d'épilepsie. Pendant une épidémie de variole, un jeune garçon fait une chute, et, le même jour, il présente un exanthème varioleux complet. De pareilles maladies ne s'improvisent pas ainsi avec tant d'énergie. L'explication la plus plausible de ces faits est que les sujets en question, quoiqu'en apparence bien portants, étaient, *in posse*, dartreux, épileptique, varioleux, au moment où la cause occasionnelle a agi.

L'intermittence morbide est une latence au même titre que l'intermittence hygide. Dans les maladies chroniques, l'intermittence se prolonge beaucoup. Entre deux attaques de goutte, d'épilepsie, entre deux cancers, etc.; en un mot, entre deux manifestations diathésiques, un long temps peut s'écouler, et personne ne considère le sujet comme guéri pendant les intervalles de santé en apparence parfaite.

Une maladie *latente* est donc celle qui n'est actuellement exprimée par aucun acte morbide. Une maladie *cachée* est accompagnée de l'acte morbide qui lui correspond; mais celui-ci, quoique visible en soi, se dérobe. La pneumonie cachée est celle dont les symptômes nous échappent. La pneumonie étant une lésion *acte morbide* très-matérielle, très-démontrable, on ne peut jamais dire d'elle qu'elle est latente. Le mot latent s'applique parfaitement, au contraire, à une affection syphilitique, dartreuse, goutteuse, etc., qui ne révèle sa présence par aucun acte morbide. Je laisse de côté l'objection matérialiste d'après laquelle il y aurait toujours modification organique, et par conséquent acte morbide, mais acte morbide mis par son exiguïté hors de la portée de nos sens. Cette objection ne peut émouvoir un praticien. Celui-ci, en fait d'actes morbides, n'admet que ceux qu'on peut lui montrer sur le vivant ou dont il saisit les vestiges sur le cadavre.

Quelles sont les maladies qui peuvent être latentes ? D'abord,

sans hésitation, les maladies affectives, et parmi elles les affections diathésiques surtout; les maladies aiguës ne sont latentes qu'à court terme. Les maladies périodiques nous offrent de ce dernier cas l'exemple le plus vulgaire, le plus connu.

Un état morbide réactif peut-il être latent? Il existe des faits favorables à cette opinion. Tels sont ceux dans lesquels un corps étranger, enfoui dans nos tissus, n'exerce une action provocatrice efficace qu'à certaines époques: une balle, par exemple, qui suscite autour d'elle une phlegmasie suppurative à de longs intervalles, pendant lesquels elle est parfaitement tolérée. La capacité de réagir plus tard contre le stimulus hostile étant toujours présente, lors même qu'elle ne s'exerce pas, il y a lieu, ce me semble, de reconnaître là un fait de latence. On a observé des phénomènes semblables dans les maladies réactives.

Mais, je le répète, c'est en ce qui concerne les affections diathésiques que les questions de cet ordre ont le plus grand intérêt pratique.

Un sujet accuse toutes les apparences de la santé; si pourtant il est au fond constitutionnellement malade, il importe de s'en assurer, pour le débarrasser, s'il est possible, de son mal latent, car cette santé est continuellement menacée. La maladie assoupie peut reparaître, et même la maladie, tout en restant latente, peut exercer une fâcheuse influence sur les enfants à naître.

Comment diagnostiquer une affection latente? Le soupçon s'éveille si le sujet a déjà présenté les traits d'une affection qu'on a eu lieu de croire profondément diathésique [1].

La latence de l'affection sera probable si le traitement a été nul ou incomplet.

Puisque dans ces maladies on n'observe ni lésions ni symptômes, ce sont les anamnestiques seuls qui doivent fournir les motifs du jugement. Le diagnostic d'une affection latente qui s'est déjà exprimée est, cela se comprend, moins difficile que celui d'une affection qui, une fois constituée, tarde à se manifester. La première manifestation, quand elle arrive, trompe fréquemment les prévisions. Mais, fréquemment aussi, le praticien n'est pas surpris, les donnés étiologiques l'ayant autorisé à soupçonner l'existence de la maladie, ou du moins de la prédisposition.

[1] Voir le chapitre des *Diathèses*.

J'ai parlé tout à l'heure d'une influence fâcheuse exercée sur es enfants des sujets porteurs d'affections latentes. Les preuves de cette influence sont-elles appréciables au moment de la naissance ou peu de temps après, cela constitue un indice révélateur. On affirme alors, malgré les apparences, qu'un des époux au moins est malade ; les anamnestiques servent à découvrir s'il n'y en a qu'un, et lequel, ou bien s'ils le sont tous les deux.

De pareils événements se présentent pour l'affection syphilitique. Quel doute peut-on alors élever au sujet de la latence, lorsqu'on est témoin de faits semblables au suivant?

Des conjoints, jugés bien portants, donnent le jour à des enfants qui sont tous syphilitiques. Selon les résultats de l'enquête anamnestique, on fait subir à l'un d'eux ou à tous les deux un traitement spécifique. A partir de ce moment, les enfants qui viennent au monde ne présentent plus la trace de l'influence fatale.

N'est-ce pas ici le cas d'appliquer l'axiome : *Nemo dat quod non habet*? et au besoin la preuve thérapeutique ne suffirait-elle pas?

Le diagnostic de l'affection latente n'est pas aisé, il s'en faut. Plus d'une fois le praticien n'arrive qu'à des probabilités. C'est d'après les circonstances particulières du fait qu'il se décide à prescrire un traitement ou à attendre.

L'apparition des symptômes de la maladie confirme les soupçons qu'on avait au sujet d'une affection latente. Toutefois il y a à se demander, dans ce cas, si ce n'est pas une autre maladie de même espèce qui commence [1].

Combien durera la latence d'une affection? Nous sommes communément privés des éléments sur lesquels on pourrait établir ce pronostic. Une cause provocatrice appropriée donne fréquemment le signal de la première manifestation ou de la réapparition des symptômes pathognomoniques. L'action des eaux minérales employées sans motif ou pour des raisons étrangères au cas actuel, a plus d'une fois, en provoquant un pareil effet, appris à tel individu qu'il était sans s'en douter, syphilitique, dartreux. D'autres fois une légère blessure se transforme en ulcère vénérien. Après explication, on s'assure que le sujet a eu la vérole ou s'est exposé à la contagion. C'était une syphilis latente, qui s'est manifestée à l'occasion de la plaie. L'expérience enseigne qu'un temps très-

[1] Voir *Rechutes, Récidives*.

long peut s'écouler entre le moment de l'inoculation et celui de la première manifestation.

Quand on a des soupçons sur l'existence d'une affection latente, doit-on en solliciter l'apparition phénoménale? Généralement cela est de règle. Il est clair pourtant qu'il faut s'abstenir s'il s'agit d'une affection dont les actes morbides sont dangereux : tubercules, cancer, etc.

Quelques praticiens affirment avoir déterminé la manifestation souhaitable d'une maladie en prescrivant à petites doses le remède qui convient à cette maladie : mercure pour la syphilis, soufre pour les dartres.

Si l'on connaissait les moyens de faire durer la latence indéfiniment, procureraient-ils un résultat équivalent à une guérison? Une maladie sans lésions ni symptômes est, dit-on, comme non avenue. Mais cela n'est vrai que pour le sujet, car, ainsi que je l'ai fait remarquer, l'affection latente se fait sentir aux descendants. En supposant donc, ce qui n'est pas, que nous pussions assurer un sujet contre les manifestations de sa maladie, un traitement serait toujours de mise pour supprimer l'influence héréditaire.

Aussi, pour peu que les probabilités du diagnostic y autorisent, le parti le plus sage est-il de traiter la maladie. S'il n'y a pas maladie et s'il y a seulement prédisposition (distinction souvent très-difficile à faire), le traitement est encore indiqué. Ce traitement s'adresse seulement à l'affection, puisqu'il n'existe pas d'actes morbides. Il ne présente rien de particulier[1]; seulement il faut s'efforcer d'en démontrer la nécessité quand, ce qui n'est pas rare, le sujet, convaincu de l'excellence de sa santé, se refuse à l'accepter.

J'ai peu à dire sur les actes morbides *cachés*. S'ils le sont en réalité et complètement, rien n'est possible en ce qui les concerne, et quand le cadavre en révèle les traces significatives, le praticien n'est passible d'aucun blâme. Mais telle lésion ainsi découverte ne pouvait-t-elle pas être signalée sur le vivant? L'obstacle était-il vraiment au-dessus des ressources de l'art? Il arrive assez souvent que c'est la faute de l'artiste. Une lésion anatomique, cachée pour un praticien, ne l'est pas pour un autre plus habile. Nous possédons, en ce genre de diagnostic, des moyens qui nous

[1] Voir *Prédisposition, Diathèse*.

permettent de faire mieux que nos prédécesseurs, témoin les maladies de poitrine, et les progrès récemment accomplis ont beaucoup diminué le chiffre des maladies cachées.

Il n'en reste pourtant que trop encore. Une lésion anatomique est cachée pour des motifs différents. Cette lésion s'est formée insensiblement dans la profondeur des tissus, est restée stationnaire et complètement inoffensive. Elle poursuit une marche même rapide, même dangereuse; mais, par suite d'une véritable *apathie vitale*, elle ne provoque aucune réaction, ni autour d'elle ni dans l'ensemble, ou bien cette réaction revêt une forme tout à fait trompeuse. Des signes physiques sont-ils attachés à cette lésion, il se peut que des obstacles matériels insurmontables en empêchent la perception.

Mais une lésion anatomique, cachée pour un temps, se révèle parce qu'elle s'étend à des lieux accessibles, parce qu'elle n'est plus tolérée, parce que la sensibilité jadis obtuse s'est réveillée; que faut-il en penser? comment la traiter? Le pronostic et la thérapeutique doivent naturellement varier, comme partout, selon la nature, l'intensité, le siége, la marche de cette lésion, et aussi selon l'indication particulière au cas dont il s'agit, selon l'appréciation des causes qui ont empêché la réalisation de l'appareil symptomatique ordinaire du commencement.

CHAPITRE IX.

RÉSUMÉ DES RAPPORTS EXISTANT ENTRE L'ACTE MORBIDE ET L'ÉTAT MORBIDE.

Ces rapports peuvent être envisagés au point de vue de l'expression de l'état morbide : ils sont alors *diagnostiques*.

Ils peuvent l'être au point de vue du traitement : ils sont *thérapeutiques*.

I. *Rapports diagnostiques entre l'état et l'acte morbides.* — Il n'y a pas de lien nécessaire entre l'état morbide et un acte morbide quelconque. Le même état morbide peut exister avec des manifestations très-différentes.

Dans la majorité des cas, des actes morbides analogues par leur nature, par leur groupement, par leur siége, par leur mode d'évolution, se rencontrent avec le même état morbide. Les maladies rappellent alors aussi bien que possible les descriptions qui se

trouvent dans les ouvrages classiques. Ces maladies sont dites maladies *régulières:* ce sont celles dont le diagnostic est le plus facile.

Les maladies *irrégulières* sont celles qui, pour des motifs tantôt connus, tantôt inconnus, s'accompagnent de manifestations différant notablement de leurs manifestations habituelles, quant aux phénomènes eux-mêmes, à leur mode de groupement, à leur siége, à leur évolution.

Les principales irrégularités sont : 1° l'*arrêt de développement*, dans lequel certains actes morbides s'exagèrent, persistent et empèchent ainsi la réalisation de ceux qui normalement devraient leur succéder ou en gênent l'épanouissement ; 2° la *maladie mal placée,* qui n'a pas son siége approprié et habituel; 3° la *maladie larvée,* dans laquelle l'appareil des actes morbides reproduit les traits phénoménaux d'une autre maladie ; 4° la *maladie cachée,* caractérisée par ce fait qu'un acte morbide anatomique siégeant dans les profondeurs de nos tissus ou de nos organes échappe, faute de symptômes, aux investigations du médecin ; 5° la *maladie latente*, dans laquelle l'état morbide existe seul, sans lésions, sans symptômes. La maladie larvée présente tout à la fois et une dissimulation de l'état morbide vrai et une simulation d'un autre état morbide qui n'existe pas. Dans la maladie latente, il n'y a que dissimulation.

Ces irrégularités considérées dans leur ensemble sont contemporaines du début, et alors *primitives;* ou bien elles ont lieu après un certain temps d'évolution régulière, et sont *consécutives.*

Le diagnostic des cas dont je parle se fait à l'aide de ce qui peut rester des symptômes normaux de la maladie, que la sagacité du praticien découvre et distingue des symptômes trompeurs. On y arrive surtout à l'aide des anamnestiques et des effets du traitement essayé. Ces deux dernières ressources sont d'autant plus précieuses qu'on est moins autorisé à compter sur les actes morbides.

II. *Rapports thérapeutiques entre l'état et l'acte morbides.* — Interprétés dans cette direction, les actes morbides doivent être considérés selon qu'ils servent à la résolution de l'état morbide, selon qu'ils n'ont pas de tendance en ce genre.

Le type des actes morbides médicateurs est fourni par ce qui se passe dans une plaie simple qui guérit, dans toute réaction efficace contre ce qui nuit, contre ce qui a provoqué un dommage.

Cette synergie morbide rappelle le mieux la synergie conservatrice, hygide. Il est impossible de ne pas reconnaître une synergie analogue dans une fièvre simple éphémère, inflammatoire, catarrhale, exanthématique. Rien de mieux pour la guérison que ce qui se passe. Les phénomènes s'enchaînent régulièrement et sortent l'un de l'autre, de manière à avoir pour résultante la cessation de l'état morbide.

A côté des actes morbides complètement médicateurs, il convient de placer ceux qui, bien que n'ayant pas la vertu de dissiper l'état morbide, fournissent un soulagement temporaire en contentant un besoin morbide prononcé et qui exige satisfaction. Telle est la fonction remplie par les actes morbides qui constituent une attaque de goutte, ou bien par ce que l'on appelle vulgairement crise nerveuse, etc. Après ces scènes, le malaise antérieur est dissipé, et la santé est raffermie pour un certain temps.

Je dois aussi mentionner les actes morbides bien tolérés, périphériques, grâce auxquels un état morbide reste stationnaire, ou bien qui ont l'avantage de préserver le sujet d'une situation pire.

La série des actes morbides qui n'ont rien de médicateur comprend ceux qui ne profitent en rien au sujet, et particulièrement ceux qui sont dangereux. Tels sont les actes morbides qui, par la complication qu'ils amènent, rendent difficile ou impossible une synergie médicatrice, et tous ceux qui n'ont pas d'autres conséquences que la souffrance, l'intolérance, l'usure des forces en pure perte : délire nerveux, fièvre hectique, etc.

Le même acte morbide, tout en étant utile, parce qu'il concourt à la guérison, peut cependant provoquer des sympathies funestes par son exagération.

Le but important du praticien est de démêler, dans un acte morbide, ce qui sert et ce qui ne sert pas, et parmi les actes morbides d'un cas donné, ceux qui ont l'une ou l'autre de ces qualités. C'est l'application du vieux mot hippocratique : l'essentiel en médecine est de distinguer les choses utiles de celles qui ne le sont pas. On comprend sans peine le parti que nous tirerons de ces idées, quand nous serons arrivés à la thérapeutique.

SECTION DEUXIÈME

HISTOIRE DE LA MALADIE

CHAPITRE PREMIER

OPÉRATION MORBIDE ET FONCTION HYGIDE

Les actes hygides et les actes morbides étant l'œuvre du même organisme, doué des mêmes facultés, ont entre eux des ressemblances inévitables. Ils diffèrent toutefois, et je crois utile d'indiquer les points principaux par où ils se séparent.

On a cru, Broussais et son école l'affirmaient naguère, que l'acte morbide était l'acte hygide amoindri ou multiplié par lui-même. Un grand nombre de maladies sont en dehors de cette loi, qui compte actuellement très-peu de partisans. On prétend la compléter en disant que tous les phénomènes pathologiques ont leurs analogues, sinon dans l'état normal, du moins parmi ceux que l'on provoque expérimentalement. Les vivisecteurs et les homœopathes s'accordent sur ce point. De part et d'autre on affirme bien au-delà de ce que les faits permettent. Les seules maladies que l'on puisse reproduire artificiellement, à l'aide des procédés de la physiologie expérimentale, sont celles qui sont *dépendantes*, et que j'ai appelées réactives et subactives. Quant aux *affections*, en mettant de côté celles qui sont inoculables, leur reproduction dans les laboratoires est au nombre des desiderata de la science. Les expérimentations sur l'homme, pour des raisons que je n'ai pas besoin de dire, sont très-limitées. Celles-là seules seraient décisives.

Les faits hygides, et subsidiairement ceux que l'on fait naître à volonté sur les animaux, sont utiles à consulter, mais ils sont loin de suffire. D'ailleurs, rien ne dispense de l'observation directe. C'est, en définitive, la clinique qui donne le véritable enseignement pathologique, celui dont je m'efforcerai de présenter un résumé synthétique.

Une première question à examiner est celle qui a été posée tout

à l'heure : en quoi l'opération morbide se distingue-t-elle de l'opération hygide ?

Le lecteur s'en souvient, la maladie est, dans son fait initial, une déviation. La maladie est donc la substitution d'une action anormale à l'action normale. Moins il reste de celle-ci, plus le cas est grave. De cette première différence découlent toutes les autres.

Ce qui est anormal ne doit pas durer, et, s'il en est autrement, ce ne peut être qu'au préjudice du corps vivant. Il y a toujours indication de ramener ce dernier, autant que faire se peut, à son mode permanent, au mode hygide. Sans doute la maladie n'est pas nécessairement mortelle, mais la vie ne se maintient alors qu'à la condition qu'il restera assez de mode hygide pour cela. La mort est inévitable quand, dans un organe, dans un appareil importants, l'action morbide est substituée à l'action hygide au point que celle-ci reste au-dessous du nécessaire. L'accroissement de ce qu'on a appelé *vita sana superstes in morbis* est, ainsi que le disaient les anciens, le but que l'on doit se proposer en thérapeutique. Les maladies appelées médicatrices ne sont avantageuses que parce qu'elles font disparaître ou tiennent en échec une maladie plus grave. Par elles-mêmes elles sont un mal, et l'on doit toujours souhaiter que les circonstances auxquelles elles empruntent leur utilité relative disparaissent au plus tôt. Pour que le sujet parvienne à la guérison complète, la maladie médicatrice doit s'éliminer à son tour. L'acte morbide ne concourt à la guérison qu'indirectement. En réalité, la guérison est la restitution de l'acte hygide partout où il avait cédé ou disparu.

Les maladies médicatrices ne font donc qu'une exception apparente à la règle : l'acte hygide est le seul qui soit légitimement permanent ; seul il sert à la conservation de la vie. C'est parce que l'acte hygide se maintient en proportions suffisantes devant son antagoniste, l'acte morbide, que la maladie n'est pas mortelle et qu'il lui est possible d'être accidentellement avantageuse.

L'acte hygide est essentiellement pacifique ; il s'accompagne d'un sentiment de bien-être qui est le seul symptôme de sa présence. L'acte morbide provoque, dans son voisinage ou dans l'ensemble, des empêchements fonctionnels, des sympathies de souffrance qui impliquent une lésion des organes et donnent lieu à des symptômes. Le propre de l'acte morbide est donc de susci-

ter des intolérances. Si parfois il n'est révélé par aucun phénomène subjectif ou objectif, cela vient, ou bien d'une insensibilité morbide, ou bien de l'assuétude, ou bien de circonstances particulières qui l'isolent et le mettent dans l'impossibilité de nuire.

Tout acte hygide a un instrument approprié, et il est le produit du travail de cet instrument, qui est construit pour cela. L'acte morbide n'a point d'organe, mais seulement un support organique. Le poumon est l'organe de la respiration ; il n'est pas l'organe de la phlegmasie, des tubercules, etc. La phlegmasie, les tubercules, etc., y trouvent des conditions favorables à leur formation : voilà tout.

Ces conditions existant ailleurs, une foule d'autres organes sont susceptibles de réaliser les mêmes actes morbides. Tous ne sont pas également capables dans ce sens, et l'acte morbide prend, dans chaque organe, une forme particulière. A ce point de vue, la quantité et l'agencement des éléments anatomiques (vaisseaux, nerfs, sang, tissu connectif) jouent un rôle important ; ils sont en réalité les supports de l'acte morbide. C'est pourquoi l'acte morbide est, à peu d'exceptions près, ubiquitaire.

Un organe complet étant indispensable pour l'exécution des fonctions hygides, le chiffre de ces dernières est déterminé par celui des organes. Une simple trame vivante suffisant pour la réalisation des maladies, un grand nombre de celles-ci sont possibles dans le même organe. Il n'est pas surprenant alors que le domaine de la physiologie morbide soit plus étendu que celui de la physiologie hygide.

Bien que la maladie soit une déviation au type de l'ordre qui est représenté par le fonctionnement hygide, il serait fort inexact de dire qu'elle n'est pas ordonnée elle-même. Tout est ordonné, en ce sens que tous les phénomènes, qu'on les appelle bons ou mauvais, obéissent à des lois propres, se meuvent dans des limites qu'ils ne pourraient franchir qu'en changeant de nature. Aussi devons-nous reconnaître que les actes d'une maladie sont arrangés pour une fin que nous déterminons selon celles de leurs conséquences qui nous intéressent.

Les fins de la maladie sont multiples. Il y a d'abord la maladie qui, vite ou lentement, conduit à la mort. Au point de vue du résultat final, celle qui tue très-lentement au bout du temps généralement accordé à une existence ordinaire, ne diffère pas de la

santé, dont la meilleure aboutit fatalement au même dénoûment.

Viennent ensuite les maladies qui ont pour effet la préservation d'une maladie plus grave.

En troisième lieu, nous rencontrons celles dont la fin est de corriger, de réparer une viciation d'origine externe ou interne, et qui se trouve au-dessus des ressources du fonctionnement hygide. Quand leur but est atteint, ces maladies n'ont plus de raison d'être, et disparaissent. Elles sont, de toutes, les mieux ordonnées, au point que, dans un grand nombre de cas, elles marchent avec la régularité et procurent les bénéfices d'une véritable fonction. Néanmoins elles sont loin d'avoir la stabilité de la fonction hygide.

La fin de celle-ci est la conservation directe de la vie, ou plutôt elle est la vie elle-même dans son développement le plus naturel, le plus légitime. Pendant la maladie, la fin de l'acte hygide est de récupérer tout le terrain qu'il a perdu. Quand ce but a pu être atteint, c'est la guérison.

Ce qui va suivre fournira la preuve des propositions que je viens d'énoncer.

CHAPITRE II.

INCUBATION, PRODROMES, INVASION.

ARTICLE PREMIER. — INCUBATION.

La maladie en acte est un changement d'action. Il faut distinguer ce cas du défaut d'action. Ce défaut, quand il a pour raison d'être l'obéissance passive du corps vivant à une cause énergique, survient subitement, sans transition, sans intermédiaire. Ainsi, une dégradation organique formée brusquement entraîne immédiatement et nécessairement une lésion fonctionnelle correspondante. Un coup violent sur la tête, même sans altération matérielle visible, est suivi, de la même manière, de l'éclipse des fonctions intellectuelles. On conçoit sans peine qu'il n'est pas besoin de préparation pour réaliser des actes subactifs de ce genre.

Autre chose est la substitution d'une action à une autre action; le changement n'est alors jamais instantané. La réaction morbide, étant de ce nombre, exige au contraire un certain temps. Ce temps est court, parce que le changement qui marque le début de la réaction est aussi peu grand que possible. L'accroissement

d'exercice des facultés hygides suffit à la formation des premiers phénomènes.

La capacité d'exécuter ces phénomènes est donc incessamment présente, constamment disponible. La réaction qui succède à une subaction, n'étant possible qu'à la fin de cette dernière, se trouve d'autant retardée. Tout étant égal, une réaction générale est moins rapide qu'une réaction locale. La promptitude ou le retard des réactions sont déterminés par le degré d'impressionnabilité, d'excitabilité de la partie lésée et de celles qui doivent concourir à la maladie. On conçoit sans peine que la réaction se forme plus vite dans les tissus très-sensibles (muqueuse respiratoire, oculaire, etc.), et d'une façon plus lente dans les tissus peu sensibles (os, cartilages, etc.). La physiologie hygide donne, à ce sujet, des enseignements qu'il faut avoir présents à l'esprit.

Un temps plus long de préparation est nécessaire lorsque, ainsi qu'on l'observe dans les maladies affectives, l'état morbide établit le corps vivant dans une situation qui l'éloigne beaucoup de l'état hygide, et qui nous le montre agissant dans toute sa spontanéité pathologique, Il faut alors une capacité nouvelle, spéciale, fort différente des capacités hygides. Cela ne peut être improvisé. La préparation qui se fait alors s'appelle incubation (*incubare*, couver), par analogie avec ce qui se passe dans l'œuf, où le germe acquiert tout ce dont il a besoin pour passer à la vie extérieure.

La durée de l'incubation est longue ou courte relativement, selon l'affection, mais n'est jamais emprisonnée dans des limites inflexibles. Généralement elle est plus courte là où la vie s'exerce avec le plus d'énergie, chez les enfants, dans les pays chauds, en été, au printemps. Généralement aussi, à une maladie aiguë correspond une incubation ayant même caractère. La rage, dont l'évolution rapide contraste si fort avec sa longue incubation, fait exception à cette loi.

En opérant sur de grands nombres, on arrive à un chiffre moyen de durée pour l'incubation de chaque affection ; mais les variations, les excentricités individuelles, ne sont pas rares. Quelques jours suffisent d'ordinaire pour la fièvre d'accès ; exceptionnellement l'incubation se prolonge davantage et va même jusqu'à plusieurs mois. L'incubation de la vaccine peut aller jusqu'à quinze jours et au-delà. L'incubation de la rage dépasse fréquemment le chiffre de quarante jours. Le fait le plus remarquable, à ce point

de vue, est l'incubation de la maladie singulière appelée bouton d'Alep. Cette incubation est de plusieurs mois, et peut, assure-t-on, aller jusqu'à deux ans. La cause provocatrice, inconnue du reste, n'a pas besoin de beaucoup de temps pour agir, puisque, d'après les observateurs, il suffit de traverser les pays où le bouton d'Alep est endémique, pour pouvoir contracter cette maladie.

La lenteur de l'incubation n'implique pas un défaut d'énergie; le travail se fait insensiblement, mais il marche d'un pas sûr vers son but.

Les incubations les plus courtes sont celles de la fièvre jaune, de la peste, du typhus, etc.; dans la majorité des cas, deux, trois jours suffisent.

Pendant qu'un changement aussi considérable s'opère dans la vie du sujet, rien ne se montre au dehors qui trahisse ce qui se passe intérieurement. Les fonctions hygides s'accomplissent aussi bien qu'auparavant, et cependant une maladie souvent fort grave existe virtuellement. Le mécanisme de ce travail préparatoire qui met l'organisme en mesure de réaliser une métamorphose aussi complète, est entièrement ignoré. La révolution est grande; rien cependant dans le matériel des organes ne la révèle, ne l'explique.

Puisque l'incubation s'opère sans aucun indice, comment la reconnaître? Évidemment, dans beaucoup de cas elle passe inaperçue, et l'explosion morbide est imprévue. D'autres fois on peut soupçonner l'incubation lorsque le sujet présente une prédisposition dont les influences auxquelles il a été exposé ont paru favoriser le progrès. L'incubation est probable quand ce sujet a été soumis à l'action d'une cause déterminante énergique (infectieuse, contagieuse). Ce sont des faits de ce genre qui ont appris ce que nous savons sur l'existence de l'incubation et sur sa durée.

L'incubation commence immédiatement ou peu de temps après l'application de la cause; elle finit au moment de l'apparition des premiers symptômes de la maladie. Le moment de l'action de la cause étant incertain, il devient impossible de fixer le début du travail qui constitue l'incubation. Cette difficulté se présente quand la cause est générale et agit constamment sur tous les individus d'une localité. Toutefois, si le sujet a quitté le foyer de la maladie, et surtout s'il n'a fait que le traverser, on a, au moment de l'apparition des symptômes, des données suffisantes pour déterminer approximativement la durée de l'incubation.

La fin de l'incubation, ai-je dit, est marquée par les premiers symptômes de la maladie. Rien de plus facile à déterminer, si l'invasion est franche et a lieu brusquement, ainsi que cela se passe dans la plupart des maladies aiguës et dans certaines maladies chroniques : attaques de goutte, de rhumatisme, d'épilepsie, d'hystérie, etc. Mais cette détermination devient malaisée si les symptômes s'établissent lentement ou d'une façon insidieuse.

Il suit de là que le diagnostic de l'incubation n'est possible que dans un petit nombre de cas. Souvent elle est méconnue, souvent aussi elle est supposée là où il n'y a rien; de là, le succès apparent de certains moyens prétendus abortifs, passés dans les croyances populaires, bien qu'ils soient absolument sans efficacité quand l'incubation est réelle.

Les progrès de l'étiologie nous mettront à même de perfectionner nos connaissances, encore fort incomplètes, au sujet de l'incubation. C'est dans l'étiologie qu'il faut fouiller pour faire ce diagnostic, si important quand il s'agit d'une maladie dont l'établissement doit être empêché. L'étude de la prédisposition, souvent impossible à distinguer de l'incubation, doit venir en aide. On est ainsi, plus d'une fois, en mesure de prévoir l'imminence d'une apoplexie, d'une phthisie, d'une scrofule, etc., et l'emploi des moyens appropriés permet d'en arrêter le travail préparatoire.

Mais c'est surtout à l'égard des maladies graves, dont la cause a agi ostensiblement, que la thérapeutique de l'incubation acquiert une grande importance. Un individu a-t-il été exposé au typhus, à la fièvre jaune, à la peste, etc., de telle manière qu'on a des raisons de croire que la cause a été efficacement sentie, il y a lieu de chercher à prévenir les suites de cet événement. Toutefois les prodromes seuls doivent être les motifs déterminants d'une thérapeutique active et sérieuse. Cette question sera examinée dans l'article suivant.

En ce qui concerne les mesures à prendre contre les maladies contagieuses exotiques, il est d'un grand intérêt de connaître la durée de l'incubation de ces maladies. Sans doute il faut tenir compte des moyennes, mais on ne doit pas oublier la possibilité des exceptions. L'incubation de la fièvre jaune, de la peste, dépasse parfois ses limites habituelles, et si l'on méconnait ces éventualités on expose les populations à des dangers réels. A ce point de vue, la prudence voudrait que les quarantaines fussent

allongées jusqu'à la limite extrême que ces incubations sont susceptibles d'atteindre. D'une autre part, il répugne de décréter, pour quelques cas qui ne se présentent que rarement, des mesures qui apportent une perturbation si grande dans les communications ; le commerce et la médecine partent d'un principe différent, de là tant de difficultés pour la fixation de la durée légale des quarantaines.

ART. II. — PRODROMES.

Ce mot (πρὸ, devant, et δρόμος, course) signifie une chose qui survient avant une autre et l'annonce. Dans le langage ordinaire, les Latins et les Grecs appelaient *prodromes* les vents du nord-est qui précédaient la canicule, certaines figues hâtives, etc. Les anciens médecins désignaient sous le nom de *prodrome* un fait morbide quelconque auquel un fait futur est étiologiquement lié. La question des prodromes comprenait donc pour eux le pronostic en entier. Ce sens a été conservé par Requin[1], dans une thèse de concours pour le professorat. La pensée de restreindre le sens du mot et de ne l'employer que pour indiquer certains symptômes avant-coureurs, était dans tous les esprits, car de tout temps on a étudié à part les signes qui font prévoir la proximité d'une maladie. C'est ainsi que Double[2] entend le prodrome. Son exemple a été imité, et depuis, sauf Requin, on a donné au mot prodrome le sens restreint que je viens de rappeler

Les anciens, et surtout Hippocrate, Celse, Galien, ont enseigné d'excellentes choses sur les prodromes. L'étude de ces derniers a été poursuivie ; je signalerai entre autres le traité *ex professo* de Schrœder[3].

Dans quel état se trouve le corps vivant pendant les prodromes ? le prodrome doit-il être confondu avec la prédisposition ? Plusieurs l'ont pensé. Si, malgré les difficultés possibles, l'incubation doit être séparée de la prédisposition, à plus forte raison le prodrome.

Brown nommait *opportunité morbide*, l'état de malaise vague qui précède la maladie. Ce malaise constitue, en effet, un prodrome,

[1] Requin ; *Des prodromes dans les maladies.* (Thèse de concours ; Paris, 1840.)

[2] Double; *Considérations sur l'imminence des maladies en général.* (Thèse inaugurale ; Montpellier, 1799.)

[3] Schrœder ; *Opuscula medica ;* Nurembergæ, 1778 ; *Dissertatio de frequentioribus febrium prodromis. Publice proposit.* Gott., 1769, tom. II, pag. 9.

quand il est senti ; mais si la maladie éclate brusquement, sans transition appréciable, le temps qui la précède est encore l'opportunité morbide. L'opportunité morbide n'est donc pas exactement le prodrome et doit être distinguée selon qu'elle est accompagnée ou non de prodromes. Nous verrons d'ailleurs que certains cas de maladie sont annoncés par un bien-être inusité. Le malaise ne suffit donc pas pour caractériser le prodrome. Enfin Brown, ne mettant aucune différence de nature entre la maladie et la santé, qu'il considérait comme des degrés divers de l'excitabilité, à ses yeux fait fondamental de la vie, Brown, dis-je, avait sur les prodromes des idées qu'il m'est impossible d'accepter.

Double appelle *imminence morbide*, l'état intérieur dont les prodromes sont le symptôme. L'imminence morbide de Double est l'opportunité de Brown, moins les idées particulières de ce dernier sur le rôle de l'excitabilité.

Les prodromes peuvent durer longtemps. Double cite des cas fort remarquables de ce dernier genre, et où certainement, au début des prodromes, il n'y avait pas imminence morbide. Tout embarras disparaît si on dit, ce qui est vrai, que, dans ces cas, il y a déjà maladie et non imminence morbide. Pour ma part, je maintiens les mots prodrome, période prodromique, comme exprimant un fait spécial pour lequel d'autres appellations seraient insuffisantes.

La période prodromique est caractérisée par des symptômes. Ces symptômes appartiennent à la maladie, et l'équilibre de la santé est déjà rompu. C'est donc plus qu'imminence, opportunité, puisque l'intervalle qui sépare le fonctionnement hygide du fonctionnement morbide est franchi. Sans doute, le mal sera ultérieurement plus grand, mais il n'en existe pas moins. Il constitue un prélude, un essai. L'état morbide est le même, quoique encore très-restreint ; il se développera ensuite d'une manière complète.

On remarque des analogies incontestables entre la période prodromique et la période de la convalescence. Celle-ci est l'ébauche incomplète de la santé, comme l'autre est l'ébauche incomplète de la maladie. Le système vivant suit la même voie en sens inverse. Ici, il sort de la santé pour entrer dans la maladie ; là, il sort de la maladie pour aller à la santé. D'un côté c'est *déjà*, de l'autre c'est *encore* la maladie.

Les prodromes constituent donc un commencement, un pre-

mier début amoindri de la maladie. Celle-ci est un drame parcourant ses phases heureuses ou malheureuses. Rien de cela dans le prodrome. C'est ce qui le distingue des indispositions, qui présentent, en raccourci, tout ce qui entre dans une maladie. L'erreur n'est pas possible quand, après ces indispositions, la santé se rétablit et se conserve. Mais il arrive qu'une maladie, après avoir évolué sous une forme bénigne, recommence plus tard avec tout son développement et tous ses périls. La première scène représentait vraiment la maladie; la seconde a été une rechute ou une récidive, selon les cas. Il n'y a pas davantage prodrome lorsque la première maladie, avant d'avoir pris fin, continue avec des allures plus graves. Ce serait abuser du prodrome que de considérer comme tel un fait si commun en pathologie. Le vrai prodrome, je le répète, est une ébauche de début, précédant le début décisif auquel on a donné le nom d'invasion. Dès qu'une maladie a fait invasion, quelle que soit sa bénignité, sa gravité, quoi qu'elle devienne après, il ne peut plus être question de prodromes, à moins d'accorder à ce dernier mot le sens large que les anciens lui donnaient.

En sa qualité de première invasion, d'invasion au petit pied précédant l'invasion vraiment sérieuse, la période prodromique doit présenter au fond les mêmes caractères que celle-ci. Ce sont des scènes intéressant particulièrement la sensibilité, la motilité, ne présentant rien de médicateur, rien de critique. C'est, pour parler le langage des anciens, une *époque de crudité* ; les symptômes sont encore effacés, mais ils prendront bientôt leur développement, par suite d'un nouvel effort morbide. A ces symptômes, communs à tout début, s'en joignent fréquemment d'autres en rapport avec la nature spéciale de la maladie, qui existe déjà mais imparfaite, en puissance, et sur le point de se compléter.

Les médecins qui attribuaient à toutes les maladies le même mode de formation exagéraient la similitude des prodromes. Selon la doctrine adoptée, ceux-ci ne seraient que les symptômes de l'abaissement ou de l'accroissement de l'irritabilité de l'ensemble, de l'irritabilité des tissus. Pour d'autres, les prodromes, comme les maladies elles-mêmes, seraient la conséquence de la rétention de la matière de la transpiration cutanée. Le vulgaire a adopté cette idée, au service de laquelle on sait que Sanctorius s'était voué, et il pense qu'en provoquant opportunément la transpiration on peut

empêcher le développement de toutes les maladies; on supprimerait ainsi leur cause matérielle et on rétablirait l'équilibre, qui n'est que partiellement compromis. On trouve des traces de cette erreur dans les écrits des plus grands maîtres. Boërhaave a dit : « Si le médecin pouvait maintenir convenablement la perspiration cutanée, il posséderait le secret de guérir toutes les maladies et chroniques et inflammatoires. » De Haën, commentant ce passage, ajoutait : « Les signes d'une maladie future se tirent de la diminution de la transpiration sanctorienne. » On va le voir, il s'en faut de beaucoup que cela soit toujours vrai.

Toutes les maladies n'ont pas de prodromes, et c'est en cela que les prodromes doivent être distingués de l'imminence, de l'opportunité, qui, je l'ai déjà dit, peuvent exister sans aucun symptôme. Les prodromes se développent principalement dans les maladies affectives. Ils exigent, de la part du système vivant, un degré d'indépendance qui laisse une certaine marge, une certaine liberté d'action par rapport à la cause déterminante. Lorsqu'au contraire cette cause est énergique, irrésistible, l'organisme, contraint, est habituellement entraîné vers la maladie par la route la plus courte. Les subactions, les réactions manquent souvent de prodromes. En chirurgie proprement dite, on ne s'occupe pas de cette question ; c'est en pathologie interne, domaine des maladies affectives, qu'elle acquiert de l'importance.

La période prodromique commence avec le premier symptôme extra-hygide. Il n'est pas toujours aisé de constater le moment précis du changement survenu, quand celui-ci consiste dans l'exagération progressive d'un fait normal. D'ailleurs, le symptôme prodromique est souvent peu prononcé, et il exige alors un certain degré d'attention pour être reconnu. Celle-ci étant fortement distraite, il passe inaperçu.

Le début prodromique est fréquemment déterminé par une cause occasionnelle qui fait décidément tomber l'organisme du côté pathologique. Les effets de cette cause occasionnelle : indigestion après un excès d'alimentation, fatigue après une longue course, émotion morale, etc., ont une durée inusitée, et l'on est exposé à rattacher à cette cause des phénomènes qui, en réalité, ne lui appartiennent pas.

Enfin, il y a tels symptômes prodromiques qui s'établissent brusquement, et tranchent assez fortement sur le fond hygide

pour être signalés dès l'abord : vertige, syncope, crampe, etc.

La période prodromique finit au moment de l'invasion. A quel signe reconnaître l'invasion? Schrœder répond : « Quand apparaissent le frisson, l'altération du pouls, qui constituent la fièvre. » Je fais remarquer, en premier lieu, que ces caractères ne peuvent être exacts que pour les pyrexies, dont, du reste, Schrœder s'occupe exclusivement. Mais la pensée de Schrœder n'est pas juste, même pour les maladies pyrétiques, car celles-ci peuvent présenter un frisson, une altération du pouls, très-appréciables avant la véritable invasion.

Selon Double, toutes les maladies étant une réaction de la nature vivante, destinée à combattre une cause morbifique, le moment de l'invasion est marqué par les signes de cette réaction. En supposant que l'idée doctrinale de Double fût vraie, sa définition est inexacte ; car les prodromes sont eux-mêmes des symptômes d'une réaction, insuffisante encore, mais réelle. Dans la réaction décisive qui va suivre, il y a des symptômes nouveaux, ou bien les symptômes précédents, frisson, altération du pouls, etc., augmentent notablement. Le sujet fait facilement la différence entre le malaise moitié hygide, moitié morbide, qui précède une pyrexie, et l'invasion de la pyrexie elle-même; entre les sensations faiblement douloureuses qui précèdent une attaque de goutte et cette attaque de goutte elle-même, etc.

Les maladies chroniques qui procèdent par attaques sont fréquemment annoncées d'une manière analogue. Parfois même, avant que la maladie chronique s'établisse complètement, elle se présente à un état d'ébauche, de bénignité que l'on peut considérer comme un prodrome. Tel est par exemple le vertige, par lequel l'épilepsie prélude souvent.

Les maladies aiguës ayant une marche relativement régulière et leurs phases diverses étant plus nettement dessinées, l'étude des prodromes y est plus facile. Il n'est pas surprenant qu'elle y soit plus avancée.

On n'est pas autorisé à distinguer les maladies en celles qui ont des prodromes et en celles qui en manquent. La même en présente ou n'en présente pas, sans qu'on puisse le plus souvent donner la raison de ces diversités.

§ I. Durée des prodromes.

La période prodromique peut être très-courte et même rapide comme l'éclair, ainsi que cela arrive pour certaines attaques d'apoplexie, d'épilepsie, etc.; elle est assez longue pour l'affection gastrique, la fièvre typhoïde, etc.; elle peut être très-longue, notamment pour les maladies saturnines, où les prodromes se prolongent pendant un mois et davantage. Une provocation occasionnelle agissant dans le sens du mouvement morbide peut hâter l'explosion : telle est une émotion morale pour l'apoplexie, une erreur de régime pour la fièvre typhoïde, etc.

§ II. Marche des prodromes.

Elle est ordinairement continue. L'accroissement des symptômes, qui a lieu le soir, est déterminé par des causes extérieures, telles que l'excitation diurne, les occupations de la journée. Le même repas, le même travail intellectuel, ne sont pas supportés comme auparavant et fatiguent le sujet. L'intermittence des symptômes prodromiques a lieu dans certains cas d'apoplexies qui sont précédées de vertiges séparés par des intervalles parfaitement hygides. Il n'est pas rare d'observer des fièvres d'accès s'annonçant par un malaise de forme variable; ce malaise arrive aux jours et à l'heure où se montreront les accès futurs. C'est là un exemple de prodromes affectant l'intermittence périodique. Tantôt les symptômes paraissent stationnaires, tantôt ils suivent un mouvement ascendant, et alors, si l'invasion n'est indiquée par aucun phénomène tranché, il devient impossible de saisir le moment précis de cette dernière, et les deux périodes se suivent sans être séparées l'une de l'autre par une ligne de démarcation appréciable.

§ III. Que sont les symptômes prodromiques?

Tous les phénomènes morbides qui portent principalement sur la sensibilité et la motilité peuvent remplir le rôle de symptômes prodromiques. La médiocrité de leur développement est en rapport avec le caractère modéré de cette période.

Leur signification varie. Les uns se rencontrent dans un grand nombre de maladies et d'individus différents ; je les appelle *com-*

muns. D'autres sont *idiosyncrasiques*, propres à un sujet, parce qu'ils dépendent de ce qu'il y a de spécial dans son tempérament. Ces phénomènes permettent de prévoir l'imminence d'une maladie, mais ils ne disent rien de précis sur la nature de cette maladie. Viennent enfin les prodromes qui sont assez expressifs pour indiquer la nature de la maladie qu'ils précèdent; je les appelle prodromes *diagnostiques*.

I. Prodromes communs.

Ils sont connus de tout le monde et exposés dans tous les traités de pathologie générale. Voici les principaux :

Diminution de l'élasticité et de l'agilité corporelles; sentiment vague du fonctionnement organique (preuve de labeur, de déchéance), ayant remplacé l'inconscience hygide; lassitudes dans les membres et sans cause connue; idées, pressentiments tristes; frissons, chaleurs anormales; sécheresse de la peau, ou bien sueurs souvent partielles et qui ne soulagent pas; sommeil augmenté, non réparateur, troublé par des rêves, ou bien insomnie; altération sensible du rhythme circulatoire, qui ne va pas cependant jusqu'à présenter décidément le caractère fébrile, etc., etc.

Ces symptômes, unis ou séparés d'une manière qui peut varier à l'infini, annoncent que l'organisme, quoique encore superficiellement modifié, est sorti de la régularité hygide. Le mouvement de concentration qui caractérise cette période peut être assez énergique pour atténuer un travail morbide périphérique et existant déjà : ainsi une plaie, un ulcère se dessèchent, une éruption pâlit, etc.

La modification qui constitue les prodromes est diversement sentie par le sujet. Chez un individu apathique, elle ne sera pas perçue; un sujet fortement absorbé dans une occupation quelconque ne lui accordera aucune attention. Ce sera l'inverse dans les circonstances opposées, et alors le récit du sujet ferait croire à une maladie qui n'existe pas ou qui fera son invasion plus tard. On est donc exposé à se tromper, si l'on ne tient pas compte de la sensibilité idiosyncrasique.

Quand, ce qui n'est pas rare, les symptômes prodromiques sont subjectifs, nous risquons d'être induits en erreur, si nous tenons pour vrai tout ce qu'on nous dit. L'aspect du sujet, la sérénité des traits, la bonne tenue du pouls, la chaleur, l'humidité normales de

la peau, etc., rassureront le médecin expérimenté et lui permettront d'affirmer qu'il s'agit d'une maladie purement imaginaire.

En énumérant les symptômes des prodromes, j'ai prononcé un mot : *pressentiment*, sur lequel je désire revenir. Il n'est nullement question de révélations d'ordre surnaturel, mais de faits d'ordre scientifique et explicables à l'aide des données de la physiologie. Tout le monde admet que l'altération du fonctionnement hygide donne à l'esprit un caractère de tristesse et d'appréhension. Les sujets trop impressionnables et passionnés s'effrayent, j'en conviens, sans motifs suffisants, et prévoient des événements qui ne se réalisent pas. C'est au médecin à apprécier, d'après la connaissance qu'il a de l'état moral de l'individu, la valeur de pareils témoignages. Si celui-ci mérite confiance, ses paroles doivent être écoutées et servir, avec tout le reste, au pronostic. N'est-il pas raisonnable de penser que, chez certaines personnes plus sagaces, plus expérimentées, ce genre d'intuition peut parvenir à un degré au-dessus de l'ordinaire?

Assez fréquemment les impressions internes annonçant la chute prochaine et complète de l'équilibre normal, se font sentir pendant la nuit, et provoquent des songes plus ou moins significatifs quand ils sont en rapport avec elles. Or, les songes n'ont lieu que lorsque le sommeil n'est pas profond. En ce moment l'âme, non distraite par les bruits de la veille, sent mieux ce qui se passe dans le corps. Une petite impression, inaperçue avant et après, prend les proportions de la douleur. On conçoit que, pour que les songes puissent présenter une valeur séméiotique, ils doivent avoir pour point de départ une modification morbide. Il est souvent malaisé de distinguer ces sortes de songes de ceux qui proviennent des stimulus externes, des souvenirs ; de là, de nombreuses causes d'erreurs qui expliquent le peu d'attention que les praticiens accordent à ce genre de signe. Toutefois on aurait tort de ne pas tenir compte des songes exceptionnels qui paraissent se rapporter à une maladie dont on a d'autres motifs de soupçonner la présence.

Quant aux pressentiments proprement dits, ils méritent confiance, dans les limites indiquées tout à l'heure, surtout quand il s'agit d'une maladie déjà éprouvée par le sujet, donnant lieu, par conséquent, à des sensations intérieures avec lesquelles il a déjà fait connaissance. Des auteurs sérieux ont raconté des observations où des prévisions pareilles ont été justifiées par l'événement, et rien.

dans les lois de la vie, ne s'oppose à ce qu'on admette une pareille possibilité.

II. Prodromes idiosyncrasiques.

Certains individus, ayant un organe ou un appareil d'organes particulièrement impressionnable, sentent dans ces parties les premières atteintes de la maladie, en sorte que celle-ci, quelle qu'elle soit, est toujours annoncée à peu près de la même manière. Les uns perdent invariablement le sommeil; les autres, au contraire, ont une tendance continuelle à l'assoupissement. Ceux-ci souffrent d'une douleur épigastralgique; ceux-là ont des nausées et vomissent, etc.

Double[1] rapporte un fait qu'il tenait d'un ancien professeur de notre Faculté, Petiot. Il s'agit d'une dame dont toutes les maladies étaient annoncées par une plénitude plus grande du pouls et par un crachotement presque continuel. A l'apparition de ces symptômes, Petiot affirmait la proximité d'une maladie, et il ne se trompait jamais. Ces sortes de prodromes ne peuvent être appréciés qu'après l'expérience du passé.

III. Prodromes diagnostiques.

Les prodromes dont j'ai parlé précédemment indiquent seulement la transition de l'état hygide à l'état pathologique. Très-souvent il n'y a que ceux-là, et l'on ne sait rien sur la nature de la maladie à venir, sur son siége, sur son degré de gravité. D'autres symptômes prodromiques permettent de porter sur ces choses importantes un jugement anticipé.

En temps d'épidémie, et toutes les fois que le sujet a été exposé à l'action d'une provocation énergique dont les effets sont connus, il est probable, quels que soient les prodromes, que la maladie sera celle qui se rapporte à cette provocation. A plus forte raison quand ces symptômes sont évidemment ceux de la maladie, quoique encore atténués.

En présence des prodromes suivants, on reconnaîtra sans peine la maladie qui va suivre :

Affection inflammatoire : Désir du repos, contrastant avec l'activité précédente; lourdeur de tête; sommeil agité ou assoupisse-

[1] Double; *Considérations sur l'imminence des maladies en général.* (Thèse inaugurale; Montpellier, 1799, pag. 12.)

ment; yeux rouges, brillants; plénitude du pouls; urines fortement colorées, transparentes et ne déposant pas. La période prodromique est généralement de courte durée et manque fréquemment.

Affection gastrique : Langue diversement colorée, couverte d'un enduit plus ou moins épais ; mauvais goût à la bouche; odeur fétide de l'haleine; céphalalgie frontale; inappétence; dégoût pour les substances animales ; sentiment de plénitude au haut de l'abdomen; nausées; urines troubles formant dépôt, etc. La période prodromique est à peu près constante et dure parfois assez longtemps.

Affection hystérique : Changement notable d'humeur chez une femme jeune, nerveuse; impressionnabilité excessive; alternatives capricieuses de gaîté et de tristesse; bâillements fréquents; sensation vague de resserrement, d'oppression au cou, à la poitrine; urines claires et abondantes. Si, en même temps, on note la pâleur des muqueuses, de la peau, un état de langueur, de faiblesse générale, on pourra annoncer la chlorose.

Il est inutile de multiplier ces exemples. Évidemment, les anamnestiques, la connaissance des prédispositions, sont ici d'un grand secours.

Il existe assez généralement un rapport entre le siége des prodromes et le siége de la maladie imminente. Une maladie générale sera annoncée par des prodromes généraux. Les localisations seront précédées de prodromes en harmonie avec chacune d'elles. Selon que les prodromes porteront sur la circulation, sur la calorification, ou bien exclusivement sur la sensibilité, sur la motilité, ce sera probablement une pyrexie ou une névrose.

Le lieu des localisations peut être prévu de la même manière. Hippocrate en avait déjà fait la remarque, ainsi que le témoignent plusieurs aphorismes : « Si quelque partie est douloureuse avant la maladie, c'est là que se fixe le mal. — Le siége de la sueur indique celui de la maladie. — Le siége de la chaleur ou du froid est celui du mal. » Ainsi, tout phénomène anormal, circonscrit dans une partie, devra être pris en considération. Une sensation vague de tension, de lourdeur, de douleur, annoncera le siége probable d'une fluxion. Le prurit, s'ajoutant à ces symptômes, indiquera plutôt une hémorrhagie. L'engourdissement des extrémités précède une attaque de goutte, etc. On sait la valeur du fourmillement comme signe d'un travail morbide qui se prépare dans

les centres nerveux. Tout ce qui est insolite doit être pour le médecin un sujet de remarque. Dans un cas raconté par M. Andral[1], une acuité inaccoutumée de la vue précéda une attaque d'apoplexie. M. Devay[2] cite le cas d'un jeune médecin enclin à l'exagération, habituellement fort libre dans ses propos, qui, tout d'un coup et sans motif, se montra discret et mesuré : ce changement était un prodrome de paralysie générale des aliénés. Chez un artiste cité par le même auteur, la vue, qui était médiocre, acquit sur-le-champ une puissance remarquable : cette modification fut bientôt suivie de violentes douleurs à la région pariétale droite ; c'était un ramollissement cérébral, dont l'autopsie confirma la réalité.

Jusqu'à quel point les prodromes peuvent-ils renseigner sur la gravité probable de la maladie? Évidemment, s'ils font connaître la maladie future, ils éclairent, dans une certaine mesure, le médecin sur ce genre de pronostic. Mais dans les cas très-fréquents où les prodromes n'ont qu'une signification vague, que peuvent-ils faire augurer relativement au sort du malade?

J'établis d'abord comme règle générale qu'une maladie quelconque présente sa bénignité ou sa gravité naturelles, soit qu'elle ait été ou n'ait pas été annoncée par des prodromes. Ainsi, une fièvre éphémère, une fièvre catarrhale simple avec ou sans prodromes, n'en seront pas moins des maladies légères ; l'épilepsie, l'apoplexie, arrivant brusquement ou après avertissement, seront également menaçantes. Toutefois, quand il s'agit de maladies dangereuses, il y a avantage pour le sujet à ce qu'elles soient précédées de prodromes. S'ils sont remarqués et appréciés, on a des chances pour empêcher l'établissement définitif du mal.

D'un autre côté, et tout étant égal d'ailleurs, une maladie précédée de prodromes peut sans doute être bénigne, mais elle aura habituellement assez d'importance pour commander sérieusement l'attention. D'ordinaire, les indispositions trop légères pour qu'on s'en occupe n'ont pas de prodromes appréciables.

On observe encore souvent une relation proportionnelle, quant à la durée, entre la période prodromique et la maladie. Les ma-

[1] Andral ; *Clinique médicale*, tom. V, pag. 374.

[2] Devay ; *Études sur quelques signes avant-coureurs ou prodromes des affections graves du cerveau*, 1851, pag. 13.

ladies longues ont généralement de longs prodromes. Ceux des maladies aiguës sont courts. La fièvre typhoïde, une des plus longues des pyrexies aiguës, se distingue par la durée de sa période prodromique.

Il y a, sans contredit, de nombreuses exceptions à ces règles. On comprend que l'action d'une cause provocatrice occasionnelle précipite la marche des phénomènes : un excès de table, par exemple, hâtera le moment de l'invasion d'une fièvre gastrique.

IV. Prodromes constitués par des sensations de bien-être.

Il paraît singulier, au premier abord, que des perceptions agréables indiquent la proximité d'une maladie. Avec un peu de réflexion, cela est parfaitement acceptable. Les sensations perçues sont extérieures à la maladie, en sont l'écho, pour ainsi dire. Or, selon l'état de la sensibilité consciente, il n'y a pas d'écho, ou bien les sons réfléchis sont tout autres qu'à l'ordinaire. Dans certaines circonstances, des désordres pourtant graves peuvent avoir lieu dans le corps sans que l'âme soit avertie ; dans d'autres cas, la sensibilité psychique étant pervertie, les impressions accusées varient en conséquence. Bien que le *mal-être* accompagne presque toujours la maladie, il n'existe pas nécessairement avec elle. Aussi, lorsqu'il s'est agi de donner la définition de la maladie, n'ai-je pas fait figurer le mal-être parmi ses caractères essentiels : quelque chose est au-dessus du mal-être, c'est l'anormal, c'est ce qui n'a pas de motif hygide. Il y a des *bien-être* anormaux qui ne s'expliquent pas, qui ne sont pas en rapport naturel avec ce qui se passe. Ces impressions de bien-être doivent exciter la méfiance de l'observateur ; elles sont plutôt des signes de maladie que des signes de santé.

Au commencement des maladies, surtout des aiguës, on observe généralement de l'excitation. Si cette excitation est modérée en elle même, ou si, bien qu'assez prononcée, elle n'est perçue qu'en partie, les organes étant encore matériellement intacts, elle amène passagèrement un sentiment de vivacité, de force, d'ampleur dans le fonctionnement, qui rappellent une invigoration, suite d'un stimulus normal et bienfaisant. Les symptômes de cet ordre sont une exception dans les cas de maladie, mais sont habituels dans le fait vulgaire de l'ivresse, dont les phénomènes décidé-

ment morbides sont précédés par une exaltation agréable des facultés intellectuelles.

Quoi qu'il en soit de mes explications, il est d'expérience que l'état de bien-être n'est pas absolument incompatible avec la maladie. Il résulte de faits assez nombreux que des sujets gravement atteints et même près de mourir, non-seulement ne se plaignent pas, mais déclarent ne ressentir aucune douleur et même accusent des sensations agréables. On fait cette remarque, par exemple, quand des phlegmasies très-douloureuses se terminent par gangrène. Cet état de contentement existe souvent dans la paralysie générale des aliénés, et contraste avec les dégradations du corps, triste spectacle qui intéresse tout à la fois le physiologiste et le psychologue.

Tout à l'heure j'ai dit que l'acuité d'un sens, si elle se manifeste brusquement, pouvait être le prodrome d'une maladie grave. D'autres fois le sujet accuse une force, une agilité inaccoutumées. On a noté que chez quelques sujets les attaques de goutte étaient annoncées par un grand appétit, par des désirs vénériens plus pressants, par un sommeil meilleur que d'habitude, etc.

Parmi les personnes sujettes aux catarrhes, quelques-unes éprouvent, la veille de l'invasion, un bien-être prononcé. Ce jour-là, leur appétit est meilleur, leur estomac plus vigoureux.

Le Dr Lassalvy, agrégé de la Faculté de Montpellier, nous racontait le fait suivant :

Un jour il rencontre dans la rue un individu qui vient à lui avec une exaltation extraordinaire, et se félicite d'un accroissement subit de sa santé. Lassalvy, fâcheusement impressionné, conseilla sérieusement le lit et l'intervention immédiate d'un médecin. La personne ne tint pas compte de l'avis, et une heure après elle était frappée mortellement d'apoplexie.

Il me serait facile de citer d'autres observations de ce genre. Je résume la pensée de cet article en répétant qu'un phénomène peut n'être hygide qu'en apparence; alors il se rattache à un fait morbide, et on le retrouve parfois, en cette qualité, dans la période prodromique.

L'étude de cette période est utile à la thérapeutique; il est fâcheux qu'elle soit si peu avancée, et que le médecin soit si souvent appelé lorsque le mal a déjà fait des progrès. Il est toujours utile

de pouvoir observer le malade à ce moment, ne fût-ce que pour prescrire un traitement hygiénique basé sur une expectation vigilante. C'est à cela que nous sommes réduits quand rien ne peut nous éclairer sur la nature et le siége de la maladie qui va éclater. Nous pouvons davantage si l'examen auquel nous nous livrons nous permet de nommer cette maladie. De deux choses l'une : ou bien elle est de celles dont nous devons favoriser l'établissement, et alors il faut s'efforcer de préparer le sujet afin qu'il subisse convenablement l'épreuve qui l'attend; c'est ainsi que font les chirurgiens prudents avant d'entreprendre une opération; c'est ainsi qu'on agissait à l'époque où l'on inoculait la petite vérole. Le but qu'on se propose est d'obtenir les conditions les plus favorables, de prévenir les complications. Les moyens varient selon le tempérament, selon les prédispositions de l'individu, selon l'espèce de la maladie.

Ou bien au contraire cette maladie n'a que des inconvénients, est uniquement dangereuse, et alors nous devons nous attacher à l'arrêter à ses débuts, à la rendre impossible. Tâche difficile sans doute, mais que plus d'une fois on remplit avec succès et au grand avantage du malade, pour une attaque d'apoplexie, pour une hémorrhagie grave qui sont imminentes ; l'essentiel est d'agir à temps. Pour cela, il faut être averti par des prodromes diagnostiques. Nous avons cet avantage lorsque le sujet a été exposé à l'action d'une cause puissante ; et par exemple on peut aisément empêcher l'invasion d'une névropathie saturnine. Ici les prodromes sont significatifs et durent longtemps.

En temps d'épidémie, le diagnostic des premiers symptômes est facile, et la période prodromique mérite un soin tout particulier. On a l'espoir fondé d'éviter au sujet une maladie ordinairement grave et trop souvent mortelle. La première indication consiste évidemment à le soustraire à l'action de la cause, si cela est possible sans inconvénient. Toute provocation capable de hâter l'invasion sera soigneusement évitée. Ces prescriptions préalables étant remplies, que convient-il de faire ?

Il se peut que le retour à une meilleure hygiène suffise pour arrêter l'organisme sur la pente de la maladie et lui donne la force nécessaire pour recouvrer le terrain qu'il a perdu. Mais si la maladie doit être grave, nous ne devons pas nous borner à la médecine expectante. Il est à craindre qu'une fois engagée dans une

mauvaise voie, la nature, abandonnée à elle-même, y soit fatalement entraînée. Double fait observer avec raison que la période prodromique n'est généralement pas favorable à l'exercice de la faculté médicatrice, et qu'il est prudent d'employer les secours énergiques de l'art.

En conséquence, c'est le cas d'une médecine agissante. Il faut tendre à interrompre, par la contrainte, un ordre vicieux de mouvements. Combattre les spasmes viscéraux, rappeler au dehors l'effort vital refoulé à l'intérieur, telles sont les indications que l'on remplit avec les agents dits perturbateurs. Dans certains cas, des considérations tirées du sujet et de l'espèce morbide font choisir la saignée, qui peut, en effet, être efficace ; mais pour peu qu'on ait des raisons pour ménager les forces, car il faut prévoir l'insuccès et se comporter comme si la maladie était inévitable, nous nous adresserons de préférence aux moyens qui épargnent le sang : antispasmodiques diffusibles, émétiques, sudorifiques. Tous peuvent être bons, s'ils sont énergiquement employés ; mais nous prescrirons surtout ceux qui se trouvent le mieux en rapport avec les circonstances particulières au sujet et à la maladie ; par exemple, usons des émétiques quand il y a lieu de croire à une fluxion de nature saburrale sur l'estomac, des antispasmodiques lorsque l'appareil nerveux paraît principalement atteint, des sudorifiques quand la cause déterminante est une infection, une contagion.

En tout cas, il faut se hâter. On a d'autant plus de chances que le mal n'a encore poussé que de faibles racines. Hippocrate exprimait cette pensée, depuis longtemps devenue vulgaire, dans les aphorismes suivants : *Circa principia omnia debiliora sunt. — Morbos in principio curare oportet.*

En temps de choléra, de fièvre jaune, de peste, nous pouvons rendre de grands services en ce genre. Malheureusement, par apathie, insouciance ou pour tout autre motif, on ne nous met pas à même d'intervenir à temps, et nous ne sommes que trop souvent appelés au moment où la terrible maladie est décidément établie.

Les services de ce genre sont à la rigueur contestables, car nous n'avons pas la certitude mathématique que la maladie fût arrivée si les choses eussent été abandonnées à elles-mêmes. D'un autre côté, nous sommes parfois portés à exagérer l'utilité de notre intervention, et il arrive que, partageant mal à propos les ap-

préhensions de gens pusillanimes, nous croyons à l'existence de prodromes qui ne sont qu'une simple indisposition ou bien le produit d'une imagination déréglée.

ARTICLE III. — INVASION.

La période prodromique n'est qu'un essai ébauché ; la maladie commence réellement par l'invasion. C'est le début décisif. L'invasion (*invadere*, attaquer, assaillir) suppose un changement plus ou moins brusque dans la situation du sujet. Si la mutation a lieu progressivement, ainsi que cela arrive dans beaucoup de maladies chroniques, il n'y a pas invasion selon le sens étymologique du mot ; on fait dater la maladie de la première manifestation qui a été remarquée. Le mot invasion est particulièrement employé pour les maladies aiguës et pour certaines maladies chroniques (goutte, asthme, épilepsie, hystérie, etc.) qui présentent des attaques à allures aiguës.

L'invasion se fait spontanément, ou bien elle est provoquée par une cause occasionnelle. Elle peut être retardée par un travail existant déjà et occupant assez l'organisme pour l'empêcher d'en commencer un autre. Quand il n'y a pas de prodromes, l'organisme, mis en mesure par l'incubation, passe rapidement et sans transition phénoménale appréciable, du fonctionnement hygide au fonctionnement morbide. Y a-t-il eu des prodromes, un nouvel effort, cette fois décisif, donne résolûment à la vie les allures pathologiques. Les symptômes prodromiques s'aggravent dans un court espace de temps, ou bien d'autres symptômes apparaissent, plus accentués que les précédents. Le plus souvent c'est une période de froid qui donne le signal. Parfois le sujet n'accuse que de la chaleur. Dans quelques circonstances on observe d'autres phénomènes, parmi lesquels les suivants ont été notés : syncope, douleur, délire, convulsion, vomissement, hémorrhagie, dyspnée, fluxion. En même temps, quand la maladie est générale, tout dans les traits, dans l'attitude, dans les forces, indique un état morbide complet. Le sujet a, d'habitude, le sentiment de la révolution qui vient de s'opérer en lui ; il se déclare malade.

Le moment de l'invasion est particulièrement pénible. L'apparition subite de phénomènes morbides toujours sérieux et faisant reculer d'autant devant eux les phénomènes hygides, pro-

voque des intolérances et un malaise considérable. D'un autre côté, comme nous jugeons toujours par comparaison, le souvenir de la santé, naguère perdue, nous fait trouver la situation présente pire qu'elle ne l'est en réalité. Ajoutons à cela la peur de l'inconnu, et nous comprendrons que, dans ce moment, l'esprit se trouble et se tourmente. Plus tard le mal augmentera sans doute, mais le plus souvent le sujet en sait alors la nature ; il sait qu'il pouvait arriver pire. D'ailleurs, il s'habitue insensiblement à sa situation, et la résignation est moins difficile.

L'invasion peut se faire à toute heure ; néanmoins l'expérience a permis d'établir sur ce point quelques lois générales bonnes à connaître, bien qu'elles souffrent de nombreuses exceptions. Les maladies éclatent plus souvent de nuit que de jour. Quelques-unes (asthme, goutte, choléra, indigestion, etc.) débutent presque toujours pendant le séjour au lit. A ce moment, l'organisme rencontre moins d'obstacles et suit plus librement la pente sur laquelle il est engagé.

On a remarqué que les maladies asthéniques, à génie automnal, faisaient plutôt leur invasion aux heures du soir ; que les maladies inflammatoires avaient la leur de grand matin ; que les maladies bilieuses débutaient le matin aussi, mais plus tard. Les anciens expliquaient cela en disant que, dans la période des 24 heures, la nuit représentait l'hiver, le matin le printemps, midi l'été, et le soir l'automne. Dans cette hypothèse ingénieuse, l'explosion de chacune de ces maladies a lieu au moment où les qualités du milieu qui lui sont favorables ont acquis leur maximum d'intensité. Quoi qu'il en soit, remarquons que le moment de l'invasion est un des indices révélateurs de la nature de la maladie.

Le froid est le phénomène le plus fréquent, le plus important de l'invasion. Avant de m'en occuper, je dois dire un mot de certains autres qui peuvent se rencontrer.

Syncope. — Survenant sans ses motifs ordinaires et se répétant, elle est observée parfois au début des maladies dans lesquelles le système général des forces est profondément atteint : peste, fièvre jaune, fièvre maligne, intermittente pernicieuse, etc. Une tendance à la lypothymie, dans la position verticale, est un des signes de l'invasion de la fièvre typhoïde.

Douleur. — Si elle se montre brusquement, si elle s'irradie le long des filets nerveux et si elle grandit vite, c'est probablement

une névralgie. Si elle est moins rapide dans ses progrès, si elle est concentrée sur une partie limitée qu'elle occupe dans toutes ses dimensions, et accompagnée des symptômes de la fluxion, elle permet de prévoir une phlegmasie.

Délire. — Au moment de l'invasion, il n'a pas la signification grave qu'il présentera plus tard. On le remarque parfois chez les gens nerveux, les enfants, chez les vieillards dont le moral est affaibli.

Convulsion. — Ce symptôme n'est pas rare au début des maladies de l'enfance. Lorsque sa durée est courte, il n'a pas de signification sérieuse. Dans le cas contraire, il annonce une lésion des centres nerveux. La convulsion persistante est très-grave chez les femmes en couches, chez les blessés. Elle l'est beaucoup moins si on a lieu de croire à l'hystérie simple et, chez les enfants, à la présence de vers, à une fièvre exanthématique.

Nausée, vomissement. — On les observe au début de maladies très-diverses, et ces symptômes n'ont pas toujours, par conséquent, la même signification. Ils peuvent tenir à une fièvre gastrique, à une phlegmasie des organes digestifs, à une lésion traumatique de ces organes, à une hernie engouée, étranglée, à une invagination intestinale, à des calculs dans les conduits hépatique, urinaire ; à une maladie du cerveau, de la matrice, des reins; au typhus, au choléra ou à toute autre affection *mali moris*, etc. Ces diversités s'expliquent par les nombreuses sympathies que l'estomac entretient avec les autres organes. Isolés, le vomissement, la nausée, servent peu au diagnostic. Avec le secours des autres données, ils sont plus significatifs. Quelques personnes, par suite de leur idiosyncrasie, éprouvent la nausée épigastralgique au début de toutes leurs maladies.

Hémorrhagie. —Elle marque l'invasion de quelques fièvres inflammatoires et d'autres pyrexies bien différentes et autrement sérieuses : fièvre typhoïde, fièvre jaune, fièvre ictéro-hémorrhagique. Quand l'écoulement du sang offre un caractère passif, il indique une maladie décidément asthénique, et notamment le scorbut. Une fluxion hémorrhagique vers les poumons est, plus d'une fois, la première manifestation de la phthisie. Ces hémorrhagies se distinguent aisément des hémorrhagies critiques, en ce qu'elles ne procurent aucun soulagement au sujet.

Dyspnée. — Il est naturel qu'elle apparaisse au début des mala-

dies dont elle est l'un des symptômes ou le principal symptôme : maladies des organes respiratoires, du cœur. On l'observe fréquemment dans les premiers temps de la fièvre typhoïde, et alors, chose remarquable, elle n'est pas sentie par le sujet, qui ne s'en plaint pas. La dyspnée n'est pas rare à l'invasion des maladies générales chez les personnes chargées d'embonpoint. Cette dyspnée indique que la maladie sera laborieuse, mais ne permet de rien préjuger sur sa nature.

Froid. — Le froid désigne une sensation semblable à celle que nous éprouvons quand nos parties sont touchées par un corps doué d'une basse température. Quand le froid est en rapport avec une cause de ce genre, il est normal. Dans ces cas, il peut être cause de maladie, mais il n'est pas d'origine morbide. Il est morbide, quand il n'est pas en rapport avec cette cause, et surtout quand il survient sans motif extérieur.

Au commencement d'un travail nouveau et s'établissant d'une manière prompte, la modification vitale dont la conséquence est la sensation de froid existe toujours. Il se peut que, par sa modération, cette conséquence n'attire pas l'attention, et alors le froid n'est pas senti. Plusieurs personnes éprouvent un frisson aux premiers moments de la digestion. Si tout le monde n'accuse pas cette sensation, la cause n'en existe pas moins, mais elle est trop faible pour amener un effet suffisant.

La modification vitale en question est naturellement plus prononcée au début d'un travail morbide. Elle peut s'accompagner d'un froid réel, mesurable par le thermomètre; elle peut exister seule, alors on a la sensation du froid, sans soustraction appréciable du calorique. Ce fait a de nombreux analogues; c'est ainsi qu'ont lieu les sensations de la vue, de l'ouïe, dans l'absence des stimulus qui les procurent habituellement. Le froid subjectif est dit physiologique, le froid objectif est thermométrique.

Le froid physiologique est une modification nerveuse semblable à celle qui a lieu à l'occasion d'un abaissement de température. Le moi conscient doit percevoir une semblable impression.

Il est important de distinguer le froid morbide du froid hygide. Celui-ci s'explique très-bien par les circonstances extérieures ou intérieures du moment. D'ordinaire, le sujet le rapporte à sa cause et ne se croit pas malade; tout au plus, si ce froid est intense et dépend des circonstances du dehors, peut-il craindre de le devenir.

Le froid morbide ne s'explique par rien d'extérieur, ou bien il est, par son intensité ou par sa durée, hors de proportion avec sa cause présumée. Les malades ont de la tendance à rattacher ce qu'ils éprouvent à ce qui s'est passé autour d'eux; ils commettent sur ce point des erreurs dans lesquelles nous ne devons pas tomber. Il convient donc d'insister sur le froid morbide.

Ainsi que je viens de le dire, il consiste en une modification de la sensibilité survenue sans provocation ou bien après une provocation jugée insuffisante. Il n'est jamais accompagné du sentiment de bien-être, de refocillation que le froid spontané hygide amène avec lui. Il présente de grandes variations relativement à son siége, à son intensité, et même relativement à sa nature.

Le froid morbide est général, local.

Général, il peut être senti partout également, *intus* et *extra*, ou bien plus en dedans qu'en dehors, et réciproquement.

Local, il occupe les membres, le tronc, l'épigastre, une extrémité; on l'a vu quelquefois tellement limité, que le bout d'un doigt recouvrait la totalité de la partie qui en était le siége. Certains malades se plaignent exclusivement d'un froid profond ou bien d'un froid superficiel. D'autres n'ont froid qu'à une moitié supérieure ou inférieure du corps, à la moitié droite ou gauche. Si le froid atteint seulement les mains, les pieds, le nez, les oreilles, il ne faut pas s'empresser de conclure, chez les sujets faibles, qu'il est spontané. Ces parties, par leur configuration physique, par leur éloignement des centres, sont plus susceptibles que les autres de refroidissement, quand les conditions extérieures sont favorables.

Le froid morbide, quand il est intense, prend des noms différents suivant les cas. Une sensation de froid débutant, pour l'ordinaire, à la région dorsale ou lombaire, et suivie de cet éréthisme des éléments musculaires de la peau qu'on appelle chair de poule, de tremblements, de frémissements prononcés dans tout le corps, particulièrement à la langue, à la mâchoire inférieure, a reçu des anciens les noms de *horror*, de *rigor*. Les degrés moindres, avec cette particularité que le froid diminue et s'accroît alternativement, s'appellent *frissonnements*, *horripilations*. Quelques séméiologistes ont voulu distinguer l'*horror* du *rigor*, en disant que le premier consistait dans le frémissement de la peau, tandis que le second pénétrait tout le corps; mais cette distinc-

tion n'a pas été acceptée. On s'accorde seulement à penser que celui-ci est plus intense que celui-là.

Les symptômes objectifs qui accompagnent un grand froid morbide sont les suivants : chair de poule, pâleur bleuâtre, lividité des ongles, tremblements ; pouls petit, dur, profond ; diminution du volume des parties ; pelotonnement du corps sur lui-même ; le sujet prend instinctivement cette position pour éviter toute cause de refroidissement. Les symptômes subjectifs sont : un sentiment de brisement, de raideur dans les muscles, dans les articulations, amenant de la répugnance au mouvement ; une diminution, une imperfection de la sensibilité tactile. Cette anesthésie est telle, dans certains cas de fièvre quarte, de choléra, que l'on peut se brûler sans s'en apercevoir.

Les sensations de froid morbide diffèrent par la qualité. Le froid de cause externe est, au fond, le même allant du moins au plus, selon l'impressionnabilité du sujet, selon l'abaissement de température du milieu. Le froid spontané, impliquant une perversion de la sensibilité, est perçu de manières fort différentes : sensations de froid vagues, irrégulières, entrecoupées de bouffées de chaleur ; impressions comparables à ce qu'on éprouverait si l'on était touché par la pointe d'une multitude d'épingles ; spasmes, crispations ; mélange, en même temps, de chaud et de froid, etc. ; les mots manquent pour exprimer les perceptions du malade, tant la variété, la singularité de ces perceptions est infinie.

Depuis longtemps, des expériences ont été instituées pour apprécier les rapports qui existent entre le froid senti et le froid thermométrique. Tous les observateurs, depuis de Haën, Haller, jusqu'à M. Gavarret, malgré les difficultés qui s'opposent à ce qu'on prenne par le thermomètre la vraie température de la peau, sont unanimes à conclure que le froid morbide peut exister sans abaissement appréciable de cette température, ou bien avec un abaissement médiocre, ou bien même avec une augmentation réelle de la chaleur normale. Le froid morbide est donc, comme je l'ai dit, une hallucination, c'est-à-dire une modification de la sensibilité survenue sans son stimulus ordinaire. D'un autre côté, un abaissement même prononcé de la température du corps existe à titre de symptôme dans certaines maladies : aliénation mentale, hystérie, choléra. Non-seulement il n'est pas senti, mais les malades se plaignent de la chaleur. Ce froid thermométrique, dans les cas

dont je parle, n'annonce rien de nouveau, ne signifie que pour la maladie elle-même, et ne doit pas être confondu avec le froid qui annonce un travail morbide naissant.

La période d'invasion est une période de concentration, avec contraction spasmodique. On l'a dit avec raison, toute maladie qui commence a les caractères d'une névrose. Elle porte d'abord sur la sensibilité, et prélude ainsi aux désordres matériels qui suivent. Le froid se montre surtout au début des pyrexies. Il n'est pas le même pour toutes, et, ainsi qu'on va le voir, selon les particularités qu'il présente, telle espèce de pyrexie sera plus probable qu'une autre.

Le froid de l'invasion des pyrexies inflammatoires est brusque, profond, court; une fois dissipé, il est remplacé par la chaleur, qui désormais règne sans partage. Ce froid se prolonge quand la maladie est provoquée par l'exposition à l'ardeur du soleil, par une basse température.

Le froid des maladies bilieuses dure quelque temps; la sensation éprouvée rappelle plus ou moins celle qui résulterait de petites et nombreuses piqûres.

Dans les maladies gastriques, on éprouve des frissons irréguliers, vagues, partant sensiblement de la région interscapulaire.

Dans les maladies catarrhales, ce sont des frissonnements entre chair et peau, entremêlés de chaleur. Celle-ci a de la peine à prendre décidément le dessus, parfois même le malade accuse une sensation de froid dont il ne peut se débarrasser. En somme, il se plaint également de ce qui le réchauffe, de ce qui le refroidit. Règle générale, le froid de l'invasion des fièvres continues est plus court que celui des rémittentes et surtout des intermittentes. Le froid qui précède les hémorrhagies par fluxion active saisit tout le corps et semble avoir, dans la plupart des cas, les extrémités pour point de départ.

La diarrhée, la dysenterie, commencent fréquemment par le froid des membres inférieurs.

Le froid obstinément cantonné le long de la colonne vertébrale annonce une maladie spasmodique, qui peut être, selon les cas, une convulsion, un tétanos.

Chez les blessés, des frissons irréguliers, intermittents et périodiques, sont le commencement d'une fièvre d'accès intercurrente; et quand il n'y a aucun motif pour croire à celle-ci, ces frissons

sont l'indice de l'invasion de la terrible maladie appelée *infection purulente*.

Chez les femmes en couches, des frissons prolongés et entrecoupés de la même manière révèlent également ces fluxions, ces phlegmasies, ces pyrexies de mauvais caractère connues sous le nom générique de *fièvre puerpérale*.

Tout étant égal d'ailleurs, un frisson prolongé signifie que la maladie sera grave par son intensité ou par sa durée. Chez les vieillards apathiques, affaiblis, il faut tenir compte de la lenteur relative avec laquelle la réaction s'opère.

Tout le monde sait que la première période de la fièvre d'accès est marquée par un froid intense, sans avoir pour cela de signification particulière. Toutefois la prédominance du froid indique généralement le caractère nerveux de la maladie; aussi l'observe-t-on assez souvent dans la fièvre quarte. Lorsqu'il est énergique et empêche, par sa continuité, toute réaction, il accompagne la forme pernicieuse appelée *algide*.

Le froid est une concentration; pendant qu'il dure, les mouvements sont enchaînés; la vie semble se retirer, et il se produit ensuite un effort en sens inverse, sous l'influence duquel les phénomènes de la maladie se déploient avec leur physionomie propre. Il semble que la vie se recueille pour mieux entrer en plein drame morbide.

Il n'est pas rare cependant d'observer des maladies aiguës, même fébriles, qui ne sont pas précédées d'un froid accentué. Cela se comprend très-bien quand la maladie doit être légère, car alors la concentration est faible et peut ne pas être aperçue. Il est plus difficile d'expliquer l'absence du froid quand la maladie doit être grave. Ne pourrait-on pas dire qu'alors l'effort morbide est tellement actif par lui-même qu'il n'a pas besoin de concentration préalable pour amener tous ses effets? Toujours est-il que le froid manque souvent ou est très-court chez les individus vigoureux, et chez ceux sur lesquels agit une cause morbifique puissante, comme celle qui donne lieu au typhus, à la fièvre jaune, à la peste.

Quel que soit le symptôme qui caractérise l'invasion, il n'est diagnostique que lorsqu'on tient compte du passé du sujet et des circonstances du milieu. Fréquemment on reste encore indécis, et la maladie n'est connue que lorsque les symptômes pathogno-

moniques sont développés. Il y a des maladies dans lesquelles ces symptômes se montrent vite et même instantanément ; ce sont celles qui procèdent par attaques : apoplexie, épilepsie, asthme, etc.

Les exceptions aux règles précédemment exposées peuvent être portées au point que l'invasion doit être appelée irrégulière. Tout est possible en ce genre. Je me contente de citer, comme exemple, les fièvres exanthématiques qui débutent par des convulsions, sans frisson ni fièvre ; parfois on a devant soi le spectacle complet d'une éclampsie, d'une épilepsie, et lorsque la constitution médicale régnante n'a pu aider à reconnaître la vérité, celle-ci n'est révélée que par l'éruption.

L'incubation a mis l'organisme en mesure de réaliser l'opération morbide ; les prodromes sont un prélude ; l'invasion est la première scène du drame qui commence sérieusement son évolution. Cette évolution doit être étudiée jusqu'au dénoûment.

CHAPITRE III.

MARCHE DES MALADIES.

Ce sujet comprend plusieurs divisions : *périodes, types, durée, crises, convalescence*. Je les prends telles qu'on les observe dans la majorité des cas, les irrégularités, les anomalies ayant déjà fait l'objet d'un chapitre à part.

ARTICLE PREMIER. — PÉRIODES.

Le mot période (περὶ, autour, ὁδεύω, je marche) a été primitivement employé pour exprimer les moments principaux de la révolution d'un astre autour d'un point central. Par extension, il a désigné les moments principaux de toute action qui évolue dans l'espace et dans le temps, et par conséquent les moments principaux d'une maladie. Une période ne doit être admise que si l'on a des motifs suffisants pour la distinguer de ce qui la précède et de ce qui la suit.

Chaque maladie possède son mode d'évolution le plus naturel, le plus familier, et qui est enseigné par la pathologie spéciale. Je dois m'efforcer de ramener ces modes divers à une loi générale qui les embrasse tous et rappelle le mot d'Hippocrate : *Morbis omnibus*

modus unus. Cette tâche me semble possible, mais n'est pas sans difficultés.

La séparation du temps total d'une maladie en moments distincts laisse beaucoup à l'arbitraire. Le procédé diffère selon l'idée que l'on se fait de la maladie considérée en général. Doit-on prendre pour point de départ les différences observées dans l'énergie de l'action ou bien dans la qualité de cette action? On est loin d'être unanime là-dessus. Voici ce que nous apprenons sur les périodes en consultant le passé.

D'abord, et cela était tout simple, on a choisi les maladies dans lesquelles, la succession des temps étant le plus régulière, il était relativement aisé de faire les divisions cherchées. Les maladies aiguës présentaient cet avantage, et l'on s'est occupé d'elles, les maladies chroniques étant provisoirement mises de côté. Parmi les maladies aiguës, les plus régulières ont attiré l'attention (fièvres exanthématiques). Il est résulté de ce choix que ce que l'on a dit des périodes s'applique seulement à une partie de la pathologie. De là, la conclusion que le principe d'où l'on est parti n'est pas pris dans le cœur du sujet, puisqu'il manque d'une généralité suffisante.

Une maladie modèle, dans laquelle rien ne manque, étant choisie, voici ce qui a été fait : En premier lieu, on a signalé les moments dont j'ai déjà parlé : incubation, prodromes, invasion. Ensuite on a noté : 1° l'*accroissement* des phénomènes morbides ; 2° l'état de *temps d'arrêt* de la maladie au moment où elle a acquis son épanouissement complet ; 3° le *déclin*, époque de la décroissance des phénomènes, dans laquelle une analyse plus détaillée a distingué la *crise;* 4° enfin la *convalescence*, subdivisée en convalescence *commençante* et en convalescence *confirmée*. Ce qui fait, en comptant tout, neuf périodes, qu'avec un peu de bonne volonté on pourrait multiplier encore.

Pour obéir au besoin de simplification ici plus qu'ailleurs nécessaire, je fais observer que la période d'incubation doit être éliminée, parce qu'elle ne fait pas partie de la maladie manifestée, effective. Les prodromes sont une manière d'invasion, et peuvent être confondus avec cette dernière. De semblables motifs m'empêchent de séparer l'augment de l'état, la déclin de la crise, la crise de la convalescence. Ces divisions ne sont utiles que pour un cas spécial ; au point de vue où je me place, elles perdent de leur

importance. D'ailleurs, il y a beaucoup de maladies où l'une ou l'autre des choses indiquées : incubation, prodromes, augment, crise, convalescence, peuvent manquer. Il faut pourtant bien trouver une division applicable à toutes les maladies.

En faisant de grandes coupes et ne prenant que l'essentiel, on satisfait à cette condition. Telle est la division d'Hippocrate, qui n'est que la précédente réduite à son expression la plus simple. Hippocrate admettait trois périodes : *principium, status, declinatio.*

Je ne puis m'empêcher de faire une observation. Prise à la lettre, cette division ne tient compte que de la quantité des phénomènes progressant et rétrogradant ensuite. Une foule d'autres mouvements qui ne sont pas la maladie, rentrent dans cette loi. Un fait hygide, une pierre lancée, ont pareillement leurs *principium, status* et *declinatio.* La division hippocratique pèche donc par excès de généralisation, car elle ne dit rien qui rappelle ce que la maladie a de spécial. Je reconnais que les maladies constituées par un même phénomène plus fort ou plus faible aux époques diverses de son évolution : névralgie, paralysie, fluxion; etc., peuvent s'en contenter. Mais ailleurs la division dont je parle est insuffisante.

Les périodes morbides ne sont pas toujours une addition, une soustraction d'unités semblables. Souvent les phénomènes qui apparaissent pour croître et décroître, sont entièrement nouveaux. Par la survenance, par la cessation de ces phénomènes, la maladie est profondément modifiée. Sans doute la croissance et la décroissance des actes veulent être prises en considération sérieuse, mais aussi et mieux encore, leur qualité, leur tendance, leur finalité propres. On a l'idéal d'une période, quand on conçoit celle-ci comme une série d'actions homogènes ayant un but prochain, et que l'on distingue d'une autre série ayant un but différent. La période est un tout, à sa manière, faisant partie d'un tout plus grand et permettant à celui-ci de se compléter et d'aboutir à son résultat définitif. Si l'on me permet cette comparaison, une période est l'acte d'un drame, lequel acte considéré en lui-même est complet quant à sa fin spéciale, et distinct de ce qui le précède, de ce qui le suit; et cependant il se relie aux autres actes, dont il est le commencement ou la suite, pour conspirer avec eux vers le dénoûment. Sans doute, dans plusieurs drames morbides comme dans ceux qui sont destinés au théâtre, on est embarrassé pour faire des

sections aussi nettes, aussi tranchées. Ce sont là des difficultés pratiques qu'un art plus avancé permettra de surmonter.

Je m'empresse de dire que, bien qu'Hippocrate semble accorder la première place à l'accroissement et au décroissement des phénomènes, pour ceux qui ont compris ses ouvrages telle n'était pas, au fond, sa pensée. Évidemment Hippocrate admettait dans les maladies un travail intérieur, ayant des phases correspondant à des natures diverses. Cette idée est éparse partout dans ses œuvres. Elle a été formulée par Galien; elle a été ensuite acceptée par l'immense majorité des médecins, et n'est pas encore, il s'en faut, tout à fait abandonnée.

D'après Galien, une maladie est une espèce de digestion. Les aliments arrivent à l'estomac dans un état qui les rend impropres à la nutrition. Leur contact suscite des scènes d'excitation nervo-vasculaire: c'est le temps de crudité; puis l'estomac s'applique à travailler l'aliment, de manière à le transformer en une substance appropriée aux besoins de l'économie; enfin l'estomac se débarrasse du produit de son travail, et ce produit est utilisé dans celles de ses parties qui peuvent servir; le reste est rejeté au dehors. Cela fait trois temps : crudité, coction, évacuation, dont on trouve l'analogue dans les maladies.

Pendant la période de crudité, un stimulus agressif attaquait les parties sensibles; de là, exaltation de leurs facultés vitales et de celles des organes sympathiques. Puis venait la coction, grâce à laquelle le stimulus perdait ses qualités hostiles. Cela fait, un troisième effort était accompli; il avait pour but l'élimination de ce stimulus. Ce sont là de vraies périodes distinctes, qui remplissent les conditions énoncées tout à l'heure.

Bordeu, reprenant la vieille idée galénique, a employé pour elle toutes les ressources de son ingénieux esprit. Il a substitué le mot irritation au mot crudité, pour désigner la première période, et a fait d'admirables efforts pour prouver que les trois périodes se retrouvaient dans les maladies chroniques, et que, par conséquent, il s'agissait bien d'une loi générale.

Entre la pensée de Bordeu et celle de Galien, il existe une différence, une nuance si l'on veut, qui mérite d'être énoncée. Le terme de comparaison de Galien était la digestion. Bordeu a choisi le fait d'une glande au moment où elle accomplit sa fonction. Si je ne me trompe, il y a eu intention dans ce choix. Dans beaucoup

de maladies, il serait difficile de trouver tout ce que présente une digestion stomacale. Il est plus aisé d'y découvrir l'analogue de ce qui se passe dans le travail d'une glande qui sécrète; ce travail est plus simple dans son mécanisme, le stimulus est partout présent, faisant subir à la matière sur laquelle il s'exerce des changements moins compliqués bien que très-variés; ce travail a par conséquent un plus grand nombre d'analogues dans l'ordre morbide. La digestion n'est d'ailleurs qu'une des formes de l'action plastique, et se rattache à la sécrétion par beaucoup de points. Le fait hygide de la sécrétion étant plus général, est, par ce motif, un terme de comparaison préférable. J'estime donc que sous la plume de Bordeu l'idée galénique s'est perfectionnée, et qu'elle échappe ainsi à plusieurs objections.

Mais, malgré cet amendement, les périodes d'irritation, de coction, d'évacuation, doivent-elles être acceptées comme fait pathologique universel? Je ne le pense pas.

Il n'est pas prouvé qu'on puisse considérer toute maladie comme un conflit entre un stimulus hétérogène et la nature vivante, laquelle cherche à se protéger, à modifier ce stimulus, de façon à lui ôter ses qualités hostiles.

Je reconnais que cela est évident dans plusieurs cas dont j'ai parlé à l'occasion des maladies réactives synergiques. Quant aux stimulus morbifiques, ils ne manquent pas. Il en vient du dehors, il s'en forme au dedans et de toutes sortes. Mais plus d'une fois il est plus facile de les imaginer que de les constater, et lorsqu'ils existent certainement, on ne peut pas toujours, il s'en faut, attribuer à leur présence matérielle la série des phénomènes observés. Ainsi nous avons vu, par exemple, en parlant des affections, qu'un effluve, un virus, ne provoquent pas les maladies à la façon d'un corps étranger, d'un poison. Le fait de l'incubation, l'impossibilité où l'on est de montrer cet effluve, ce virus, modifiés et chassés par les émonctoires, s'opposent formellement à ce qu'on considère les maladies qui en proviennent comme une lutte entre l'organisme vivant et une substance malfaisante. La thérapeutique curative puise ses indications ailleurs, et ne justifie pas une pareille pensée. La preuve expérimentale manque en ce qui concerne les maladies affectives. Il est souvent impossible de signaler le stimulus provocateur; quand on le connaît, rien ne démontre que toute maladie consiste à modifier, à éliminer ce

stimulus. Donc si l'on admet, dans les affections, des périodes de crudité ou d'irritation, de coction, d'évacuation, ce ne peut être que par une métaphore qu'il faut bien se garder de prendre comme exprimant une vérité scientifique. C'est ainsi qu'il faut entendre le mot de Sydenham: La fièvre est l'instrument dont la nature se sert pour séparer les parties impures des parties pures; et à plus forte raison encore l'expression pittoresque de van Hueven: La fièvre est le mouvement sputateur de la nature. Ces idées, fondées sur l'admission, dans toutes les maladies, d'une *matière peccante*, ne reposent sur rien qu'une science rigoureuse puisse accepter. Si cette doctrine a eu tant de partisans, et en conserve aujourd'hui, c'est qu'elle avait pour correctif le naturisme. Hippocrate, Galien, Sydenham, Stoll, etc., etc., étaient, en effet, naturistes avant d'être humoristes, et leur pratique ayant pour but principal de favoriser les bonnes tendances de l'économie malade, les vices de la théorie étaient singulièrement amoindris.

Ainsi amendée, la doctrine humorale de la matière peccante a été une grande et bienfaisante doctrine, dont il faut beaucoup conserver. Si, comme le veut Bordeu, crudité est synonyme d'irritation, on ne peut nier que la première période du plus grand nombre des maladies ne puisse être ainsi caractérisée, à la condition qu'on n'entendra pas ce mot *irritation* dans le sens broussaisien, mais comme désignant cet éréthisme nerveux, vasculaire ou mixte, selon les cas, éréthisme qui par conséquent peut souvent contre-indiquer les antiphlogistiques et réclamer d'autres moyens.

Les expressions *crudité*, *coction*, ne sont pas plus mauvaises que d'autres, si la première désigne les humeurs sécrétées pendant la période d'irritation, et la seconde celles qui sont fournies pendant la période suivante. Par exemple, au commencement des fluxions catarrhales muqueuses, la matière secrétée est ténue, limpide, plus ou moins âcre; plus tard elle est épaisse, opaque; les parties ne sont pas offensées par son contact. Les mots *crudité*, *coction*, rappellent brièvement ces modifications et dispensent des longueurs d'une périphrase. Enfin, le dénoûment des maladies est assez souvent marqué par des flux se faisant jour au dehors, et alors la troisième période, appelée *évacuation*, se trouve suffisamment nommée. Mais si l'on pense que l'*humeur crue* existe avant la maladie, que celle-ci consiste uniquement dans un travail

dirigé contre cette humeur dont l'expulsion guérit le sujet, on fait une hypothèse inadmissible pour l'immense majorité des cas.

Je crois que l'humeur dite *crue* est l'effet et non la cause de la maladie, et que si elle a les caractères de la crudité, c'est parce qu'elle est sécrétée sous l'influence de l'éréthisme qui caractérise le début des maladies. Les changements qu'elle montre plus tard ont lieu parce que l'irritation est tombée, pour faire place à une autre période qui, comparée à la précédente, peut être appelée période d'apaisement. Quant à la période d'évacuation, je ne vois aucun motif de la conserver ; pour moi, elle a les caractères principaux de la précédente et doit y être rattachée.

La division en période d'*irritation* et en période de *détente* est très-souvent juste pour les maladies aiguës et fort utile en pratique ; mais les maladies subactives et beaucoup de maladies chroniques lui échappent. Il faut donc quelque chose de plus général encore.

Je n'admets que deux périodes, et voici comment je les conçois :

Au commencement, et sous l'influence de l'impulsion donnée, l'effort morbide s'établit sans obstacle et se manifeste par des actes qui limitent ceux de la santé ou s'y substituent. Tant qu'il s'accroît, le fonctionnement hygide recule d'autant. S'il s'exagère au point d'enrayer l'action conservatrice des organes nécessaires, la maladie est suspendue par la mort, et il n'y a qu'une période. Cet effort, dirigé dans le sens anti-hygide, constitue une période que je nomme période de *dégradation*, première phase de la maladie. Elle est remplacée par un effort en sens inverse, qui limite ou enraye le premier, tend à le faire disparaître tout à fait, et a alors pour conséquence, dans les cas heureux, la restitution complète de l'état normal, le retour à la santé. Cela constitue une seconde période que j'appelle période de *restauration*. Celle-ci existe seule quand le mal est de cause externe (dégradation traumatique et que tous les actes morbides sont employés à la réparation.

Les modes de restauration sont divers. Tantôt c'est une simple rétrogradation ; à la croissance des phénomènes succède une décroissance. Tantôt les actes morbides acquièrent de l'intensité et s'aggravent en effet, mais cette augmentation est un moyen de solution; de telle sorte qu'alors, comme dans beaucoup de cas d'un autre ordre, le bien sort d'un mal apparent. Mais, de quelque manière que les choses se passent, il suffit que l'on puisse croire

qu'une révolution a eu lieu, qu'un effort, à direction nouvelle, tend immédiatement ou médiatement à réparer le dommage accompli, pour qu'on dise que la maladie est entrée dans sa seconde période. Un événement de ce genre ne garantit pas toujours la guérison; il n'arrive que trop souvent que, par suite de circonstances particulières, le mouvement de restauration reste incomplet, insuffisant, se montre violent, mal ordonné, trop intense, au-dessus de ce que la sensibilité, les forces du patient peuvent tolérer. Alors le but médicateur est manqué. Toutefois, dès l'instant que l'on est autorisé à croire que ce but est poursuivi bien ou mal, on peut considérer la maladie comme parvenue à sa seconde période. Souvent les deux efforts existent simultanément, s'opposent l'un à l'autre, gagnant ou perdant du terrain tour à tour, avec des alternatives, avec des chances très-diverses qui laissent le pronostic incertain, jusqu'à ce que l'événement ait prononcé.

La rétrogradation des actes morbides devant les actes hygides reprenant leur empire, serait le mode le plus souhaitable ; mais la nature vivante est loin de procéder toujours aussi simplement. Beaucoup de maladies ne peuvent se résoudre que moyennant leur évolution complète. Fréquemment la solution ne s'acquiert que par l'intervention de phénomènes morbides nouveaux (crises).

La raison de la nécessité de ces aggravations, de ces opérations complémentaires pour le retour de la santé, est difficile à donner. Je ne m'explique pas davantage comment il se fait que, dans un corps unitaire, deux efforts à finalité si différente peuvent exister simultanément; ceci est une difficulté qui a depuis longtemps cessé d'étonner, tant elle est commune, non-seulement dans l'ordre vital, mais aussi dans l'ordre moral. Quel que soit le mystère, les faits sont tels, et la connaissance du *pourquoi* ne les rendrait pas plus certains. Je me contente de dire à ce sujet que, puisque les actes vitaux, les actes psychiques, donnent le spectacle de pareilles contradictions, il faut en conclure que les unités : âme, force vitale, sont des unités imparfaites. L'unité parfaite, ne pouvant sortir de sa voie normale, n'aurait jamais besoin d'y rentrer.

La division que je propose : période de dégradation, période de restauration, a plusieurs avantages.

Elle est appuyée sur le fait essentiel de la maladie en acte, à savoir la substitution, dans un organe, d'un fonctionnement extraordinaire, dommageable au fonctionnement qui est le plus naturel.

le plus conservateur. Elle est applicable à tous les cas, quel qu'en soit l'ordre, le genre, l'espèce. Elle a donc une généralité suffisante, et en même temps elle est aussi simple que possible.

Elle ne préjuge rien sur le mécanisme intime de l'opération morbide, et se contente d'exprimer qu'il y a d'abord dommage et puis réparation. La connaissance du progrès organique par lequel ces modifications s'accomplissent, fournit des détails intéressants, utiles, mais ne change rien à la vérité exprimée par cette division.

Elle met en saillie le fait qui intéresse la thérapeutique, dont l'objet est de connaître ce qui, dans la maladie, est ou sera utile, et qu'il faut favoriser ; ce qui nuit ou nuira par excès, défaut ou autrement, et qu'il faut arrêter.

Elle admet des moments remplissant les conditions d'une vraie période, car chacun de ces moments est caractérisé par la poursuite d'un but spécial, et, comme les parties distinctes d'un drame, concourt au dénoûment définitif.

Les deux périodes, et ceci ne serait pas une objection, ne sont pas, il s'en faut, toujours séparées de manière qu'en traçant une ligne on puisse dire que tout ce qui est en deçà appartient à l'une, et tout ce qui est au-delà à l'autre. Cela est possible dans certaines maladies qui sont le type de cette manière d'évoluer. Plus souvent les deux périodes se trouvent plus ou moins mêlées, enchevêtrées en parties inégales, et le résultat est heureux ou malheureux selon l'effort qui finit par l'emporter. Cette simultanéité d'actions à finalité différente, et la nécessité de les distinguer sur le fond morbide commun, sont des faits imposés par l'observation journalière en pathologie. Jamais les difficultés possibles de l'application pratique d'une idée juste n'ont été des raisons valables contre cette idée. S'il en était autrement, toutes les divisions proposées seraient passibles d'objections pareilles. Que l'on dise, avec Hippocrate : principe, état, déclin ; ou bien, avec Galien : crudité, coction, évacuation, la même objection se représentera ; on pourra reconnaître au même moment de la maladie des signes de chaque période, et l'appréciation comparative de ces signes sera nécessaire pour le traitement.

Nous verrons, quand il sera question des maladies *utiles*, que leur présence suppose un dommage éprouvé quelque part ; sans quoi il n'y aurait aucun motif à l'interruption du mode hygide. Mais ceci est un autre problème qui sera examiné plus tard.

Je parle ici de la maladie considérée en soi, abstraction faite du bénéfice ou du préjudice qui en est la conséquence, et je dis que l'action morbide est une déchéance relativement à l'action hygide. Une maladie, pour si nécessaire et avantageuse qu'elle soit, pour si correctement qu'elle évolue, apporte avec elle une altération des facultés vitales. Qu'il s'agisse d'une plaie à cicatriser, d'une fracture à consolider, d'un corps étranger à expulser, etc., la sensibilité, la motilité, la plasticité, s'éloignent notablement de la norme et sont manifestement lésées. Il y a fluxion, turgescence, hyperesthésie ; il se forme des produits plastiques qui, tout utiles qu'ils sont, ne sont pas ceux de la santé. Ces produits sont provisoires. Ce n'est qu'après une ample et profonde transformation qu'ils acquièrent leur organisation définitive : cela exige un certain temps, pendant lequel les parties sont douloureuses, infirmes. J'avais donc raison d'affirmer tout à l'heure que l'action morbide est toujours un mal, puisque cela est vrai même de celle d'où le bien doit sortir. La guérison n'est acquise que lorsque cette action morbide a disparu et a été remplacée par l'action hygide. Il y a donc aussi, dans toute maladie, une période pendant laquelle le fonctionnement organique dévie, subit un échec.

L'action morbide continue jusqu'à la fin de la maladie ; mais vient un moment où, perdant son énergie, elle s'arrête et recule. Le mal qu'elle a fait tend à se réparer. La réaction détruit les fâcheux effets de la subaction, et réciproquement. Au mouvement ascendant d'une maladie affective succède un mouvement rétrograde. La même révolution heureuse s'observe dans les parties endommagées. L'impulsion extra-hygide qui y poussait violemment le sang s'affaiblit, et, les courants normaux se rétablissant peu à peu, l'absorption interstitielle débarrasse les organes des matériaux apportés par la fluxion ou restés stagnants. Les sécrétions morbides perdent progressivement ce caractère, pour redevenir hygides. Les brèches que la phlegmasie, l'ulcération, la gangrène, ont faites dans les tissus, sont comblées à l'aide d'un travail spécial.

Tout cela annonce et caractérise la période de restauration.

Il est difficile de la méconnaître dans les maladies où elle se développe d'une manière franche et complète. Malheureusement il n'en est pas toujours ainsi. Dans beaucoup de cas, cette période reste pendant un certain temps à l'état d'ébauche et ne se montre

manifestement que plus tard. Trop souvent elle est partielle et insuffisante pour amener la guérison. Toutefois, si l'on excepte les maladies dites *sidérantes,* où la cause morbifique, n'étant contrebalancée par aucune résistance, s'exagère démesurément et supprime la maladie avec la vie, ce qui est plutôt une variante de la mort qu'une vraie maladie; sauf, dis-je, ces exceptions heureusement rares, partout on rencontre au moins des traces de la période de restauration. Dans toutes les maladies aiguës, et à plus forte raison dans les maladies chroniques même incurables, il y a des essais de restauration souvent très-manifestes, moyennant lesquels le dénoûment fatal est ajourné. Enfin, quand on n'aperçoit rien de ce genre, on peut mettre sur le compte de la période de restauration la résistance que l'organisme oppose au mal et qui a pour effet de le limiter, d'en attarder la marche. Quoi qu'il en soit, on m'accordera que la généralité de la période de restauration est assez grande pour en faire une loi de pathologie. D'ailleurs, l'importance de l'étude des phénomènes médicateurs est de premier ordre; car, ainsi que nous le verrons, l'appréciation de ces phénomènes est le point de départ de toute thérapeutique.

La pathologie spéciale a la mission de faire connaître les périodes de dégradation et de restauration de chaque maladie et leurs rapports réciproques. Elle enseigne les modes d'évolution les plus favorables et met ainsi le praticien à même de préparer, de compléter l'établissement de la seconde période, en supprimant les obstacles, en venant au secours des mouvements qui doivent conduire à la santé. Je me borne à offrir un résumé des signes les plus généraux quand ils sont convenablement développés. Ce que je vais dire s'applique aux maladies aiguës. Là, la période de dégradation a sensiblement le caractère de l'irritation, tandis que la période de restauration est marquée par la détente. Celles des maladies chroniques qui, sous ce rapport, peuvent être comparées aux aiguës, rentrent dans la même loi.

La prédominance de l'irritation implique des symptômes d'éréthisme, de spasme, la vitesse, la dureté du pouls, la sécheresse et l'âcreté de la chaleur, l'anxiété, l'agitation, l'insomnie. Les tissus atteints de fluxion sont fortement colorés et rénitents, les sécrétions perdent une partie notable de leurs qualités hygides, surtout dans les organes occupés par la maladie. A leur aspect, les vieux praticiens prononcent le mot *crudité*; ceux qui trouvent ce

mot vieilli, disent *irritation*. Tout étant égal d'ailleurs, la continuité est la forme la plus souvent observée à cette époque des maladies.

L'apparition de la période de restauration est annoncée par des signes de détente. Les spasmes internes ont disparu; l'effort morbide tend à se porter vers la périphérie, et, en se dispersant ainsi, il est mieux toléré; l'anxiété, l'agitation des premiers jours se modèrent; la peau s'humecte et est moins chaude; le pouls devient mou et souple; les sécrétions, perdant leur âcreté, leur ténuité, sont douces et visqueuses (coction). La marche des symptômes n'est plus aussi uniformément précipitée; il y a des moments de calme relatif. Dans les cas où la rémittence est dans la nature de la maladie, sa substitution au type continu est un indice d'adoucissement; à plus forte raison s'il y a intermittence. Les crises font partie de la période de restauration. Ce sujet important sera traité plus tard.

Depuis les progrès de l'anatomie, on poursuit avec un zèle et un succès croissants un côté de la question actuelle qui était resté dans l'ombre. Je veux parler du mécanisme organique des maladies. La connaissance de ce mécanisme et des incidents divers qui peuvent l'altérer, jette une vive lumière sur la marche des maladies, sur les facilités et les difficultés de certaines restaurations. Il y a effectivement des lésions qui apportent avec elles les moyens de réparation, pourvu que les forces soient convenablement conservées et disposées. Il en est d'une nature réfractaire, qui restent stationnaires ou qui ont une marche destructive que rien n'arrête. Une première lésion en amène d'autres dans les organes en rapport fonctionnel ou sympathique. La solidarité mécanique a des effets nécessaires, la solidarité dynamique varie selon l'état de la sensibilité. Ailleurs, enfin, les lésions multiples ont une même racine qui est une affection diathésique. Ces sujets ont été déjà étudiés ou le seront ultérieurement.

ARTICLE II. — TYPE.

De τύπος, modèle et symbole. On dit dans le premier sens que les idées de Dieu sont le prototype de toutes les choses créées, et dans le second que la manne des Hébreux est le type du pain eucharistique. En médecine, le mot type a un sens différent et désigne

l'ordre selon lequel les phénomènes d'une maladie se succèdent. On a cru longtemps, plusieurs croient encore, que cet ordre est nécessairement attaché à telle nature morbide, que les cas où il est bien dessiné expriment le mieux cette nature et représentent un type par rapport aux autres. Cette opinion a perdu son crédit, et le mot type indique seulement, je le répète, aux yeux de la majorité, un certain mode de succession des phénomènes, la question de nature devant être réservée.

Nous ne connaissons que trois types possibles :

1° Les phénomènes se suivent, l'un touchant l'autre, sans qu'il y ait nulle part de lacunes appréciables : c'est l'ordre ou type continu ;

2° Il y a des temps d'arrêt pendant lesquels les phénomènes disparaissent pour revenir ensuite : c'est l'ordre intermittent ;

3° Les phénomènes sont continus, mais ils redoublent d'intensité ou bien il en apparaît de nouveaux à certaines époques : c'est l'ordre rémittent. De là, les trois types connus depuis longtemps et que je vais étudier, chacun séparément.

§ I. **Type continu.**

Il est rare ou commun selon qu'on le définit avec plus ou moins de rigueur: commun, si l'on est peu difficile pour le distinguer du type rémittent ; rare, si l'on ne l'admet que lorsqu'il est dépourvu de toute rémittence; dans ce dernier cas, la maladie évolue sous l'influence d'une impulsion unique, d'un seul jet, *uno tenore*, allant d'un pas égal vers le dénoûment. Pour qu'il en soit ainsi, la maladie doit être très-légère ou très-grave. Telles sont, par exemple, une fièvre éphémère bénigne, une fièvre ataxique promptement mortelle. Les anciens appelaient *continentes* les maladies qui présentaient ce genre de continuité, et ils réservaient le mot *continues* pour désigner les maladies qu'ils supposaient continues par nature, mais qui s'exacerbaient par suite de l'action des modificateurs externes. Il suffit donc qu'une maladie dure pour qu'elle cesse d'être continente. Il est impossible, en effet, qu'un malade dont la sensibilité est exaltée, ce qui est l'ordinaire, ne sente pas d'une manière plus forte qu'un sujet bien portant les divers stimulus (lumière, veille, nourriture) dont il subit l'influence pendant la journée; de là, une excitation inévitable vers le soir, tandis

que l'isolement et le repos de la nuit amènent une sédation vers le matin. Cet accroissement et cet apaisement alternatifs des symptômes sont dus à des causes extérieures ; tandis que dans les maladies rémittentes, la cause est intérieure et appartient à la maladie elle-même. En un mot, les exacerbations des continues sont provoquées, les exacerbations des rémittentes n'ont pas besoin de provocation ; aussi peuvent-elles apparaître à une heure quelconque.

La continuité n'implique pas la similitude des phénomènes. Une maladie peut très-bien changer d'aspect et être continue. Il suffit que le mouvement général qui lui fait parcourir ses phases soit uniforme. Personne ne confond la question du type avec celle des périodes.

On a depuis longtemps remarqué que, plus une maladie est inflammatoire, d'une nature sthénique, plus elle est continue. Les fièvres provoquées et entretenues par une cause matérielle, les réactions, sont habituellement continues. Il y a des exceptions dont je parlerai plus tard. En somme, un travail sthénique, à l'accomplissement duquel concourt principalement l'appareil vasculaire, prend le type continu, s'il n'est pas dérangé par une complication. Sont pareillement continues les maladies subactives causées et entretenues par une cause matérielle organique, persistante et portée au point d'empêcher le jeu fonctionnel.

§ II. **Type intermittent**.

C'est celui dans lequel les phénomènes morbides s'éclipsent et reparaissent tour à tour. La maladie persiste virtuellement pendant les intervalles; ce caractère distingue le fait de l'intermittence du fait de la récidive. Ainsi, on ne dira pas des angines, des érysipèles apparaissant à diverses époques chez des sujets prédisposés, que ce sont des maladies intermittentes.

La disparition et le retour des symptômes manifestateurs se font à des temps inégaux que l'on ne peut fixer d'avance. Alors l'intermittence est *irrégulière*. Plusieurs maladies évoluent ainsi sous forme d'attaques nullement ou faiblement réglées : migraine, épilepsie, asthme, goutte, manie, etc. D'ordinaire, ces attaques sont séparées par des intervalles assez longs et parfois considérables.

L'intermittence est réglée quand le retour des symptômes se

fait à des jours, à des heures fixes que l'on peut annoncer d'avance. L'intermittence réglée est dite *périodique*. L'usage a consacré le mot *accès* pour désigner ces retours. La périodicité est familière aux manifestations de l'affection dite intermittente, mais elle ne leur appartient ni nécessairement ni d'une manière exclusive.

La forme fébrile étant celle que ces maladies prennent le plus souvent, on a appelé les intervalles de répit *apyrexies* (le mot *intermission* serait plus exact), et *accès* le temps de la réapparition des symptômes.

Les types périodiques *quotidien, tierce, quarte,* sont ceux qui sont le plus souvent observés. On a recherché des intermissions plus courtes que celles du type quotidien. On consultera avec fruit sur ce sujet un travail de M. Mélier [1], travail qui est imprimé dans les Mémoires de l'Académie de médecine de Paris, année 1843. On a vu pareillement des intermissions plus longues que celles du type quarte. Les auteurs classiques admettent des types *quintane, sextane,* et au-dessus. Rigoureusement, les types *mensuel, annuel,* ne sont pas impossibles. Je fais remarquer toutefois que, plus les intermissions sont longues, plus il est difficile de prouver qu'il s'agit de la même maladie, et non d'une autre de même nature provoquée par des causes semblables et qui agissent périodiquement.

Les types les plus communs, quotidien, tierce, quarte, présentent des variétés importantes à connaître. Le type est dit *doublé*, lorsqu'il y a deux accès dans le même jour, soit en quotidien, soit en tierce, soit en quarte. Les types appelés double-tierce, double-quarte, sont ceux dans lesquels les choses se passent comme s'il y avait deux tierces, deux quartes évoluant ensemble, chacune paraissant à tour de rôle et les accès se correspondant de deux en deux pour l'intensité. Les types *doubles* s'observent plus souvent que les types doublés. Les détails relatifs à ces subdivisions se trouvent partout, dans les livres de pathologie générale comme dans ceux de pathologie spéciale.

[1] Mélier; *Affections intermittentes à courtes périodes*, in *Mém. de l'Académie de médecine*, 1843.

§ III. **Type rémittent.**

Il est, comme je l'ai dit, le produit d'un mélange des deux types précédents. Les symptômes se succèdent sans solution de continuité, et il y a des époques de progression plus rapide et d'autres d'apaisement. La rémittence, telle qu'elle est admise, implique la périodicité. Sans doute, dans beaucoup d'autres maladies on observe, sur le fond continu des phénomènes, des alternatives de croissance et de décroissance; mais quand elles ont lieu à longs intervalles ou d'une façon irrégulière, on n'appelle pas cela rémittent. C'est pourtant une incontestable rémittence dont on ne parle pas, probablement parce que son étude n'a fourni aucune règle générale et ne sert que pour chaque cas morbide en particulier. Ce qui va suivre s'appliquera donc à la rémittence périodique, laquelle, ainsi qu'on le verra, a beaucoup de traits communs avec l'intermittence du même nom.

Le temps de plus grande souffrance s'appelle *exacerbation*, *paroxysme*; le temps de calme relatif est la *rémission*. L'exacerbation peut être quotidienne, tierce, quarte. Le plus souvent elle a lieu tous les jours, elle est alors quotidienne ou double-tierce. Les anciens, qui, comme je l'ai dit, accordaient au type une importance exagérée, ont établi parmi les fièvres rémittentes des distinctions subtiles qui n'ont pas mérité d'être conservées.

Les rémissions, comme les intermissions, peuvent devenir moins franches, disparaître ou se raccourcir. Cela a lieu de deux manières : ou bien la durée du paroxysme, de l'accès, s'exagère, c'est alors la *subcontinuité*; ou bien le paroxysme, l'accès, devançant le moment où ils devraient paraître, commencent avant que le précédent soit terminé, d'où la *subintrance*; quand l'accès qui finit et celui qui commence arrivent à se fusionner, la maladie est *continue*.

Les types sont susceptibles de changer, de se substituer l'un à l'autre. Une fièvre quotidienne, rémittente ou intermittente, devient tierce, une tierce devient quarte; ou bien, en sens inverse, la quarte devient tierce, la tierce devient quotidienne, et enfin continue. Une fièvre, d'abord continue, peut aussi revêtir le type rémittent, et plus tard le type intermittent. La progression inverse est également possible. Nous avons vu plus haut ce que signifient ces mutations.

Quand tout est bien dessiné et correct, rien d'aisé comme le diagnostic du type. Les difficultés surgissent dans les cas où celui-ci est peu accentué. J'ai déjà dit qu'une maladie continue pouvait s'exacerber sous l'influence des stimulus du dehors. Il en résulte alors quelque chose qui rappelle la rémittence. Mais s'il y a un défaut notable de proportion entre la cause provocatrice extérieure et l'exacerbation, celle-ci sera considérée comme appartenant en propre à la maladie. Pour lever les doutes possibles, on met le sujet à l'abri de toute influence excitatrice, et si, moyennant cette précaution, le paroxysme ne revient pas, le problème est résolu. Les accès intermittents peuvent être peu prononcés : c'est un peu de froid, un peu de chaleur, un peu de sueur, ou simplement un peu de malaise dont on ne sait que penser. Les phénomènes de la rémittence peuvent aussi être effacés et se dérober à l'attention. Il ne faut pas s'attendre à ce que toute maladie rémittente présente des exacerbations complètes avec froid, chaleur, sueur. Parfois il n'y a que froid ou chaleur. La sueur est ce qui s'observe le plus souvent. L'exacerbation se traduit parfois au moyen de phénomènes tout différents: pandiculations, toux sèche, sensation insolite quelconque. Le malade n'en parlera peut-être pas si son attention n'est pas dirigée de ce côté. Tout doit être mis à contribution pour le diagnostic, dont l'importance est grande dans les pays marécageux, ainsi que nous allons le voir. Non-seulement les symptômes extérieurs doivent être étudiés, mais aussi le mode d'évolution des lésions d'organes. Mon collègue M. Combal a vu des cas de fièvre pneumonique dont la rémittence n'était reconnaissable que par l'apparition et la disparition périodiques du râle crépitant. Comment reconnaître la subintrance, la subcontinuité, si l'on ne tient pas un compte exact des phénomènes accomplis auparavant? Il va sans dire que la connaissance des prédispositions du sujet, et surtout de la constitution médicale régnante, fournissent des lumières très-utiles. Ces détails, qui paraissent minutieux, ont une grande valeur quand il s'agit de distinguer les maladies à quinquina de celles qui ne le sont pas. Cela sera expliqué dans le paragraphe suivant.

---

§ IV. **Signification du type dans les maladies.**

Jusqu'à présent j'ai décrit et distingué des phénomènes. J'aborde maintenant d'autres questions. A quel état de l'action vitale faut-il rapporter chaque type? Une fois le type reconnu, quelle valeur a-t-il en pratique?

Le type est une forme d'évolution. Le type fait donc partie des manifestations morbides. L'expérience enseigne au sujet de ces dernières que, bien que les mêmes phénomènes expriment habituellement une même maladie, tous ne sont pas attachés d'une façon absolue, nécessaire, à cette maladie. Les manifestations exprimées par le type sont dans ce cas. Type et nature ne sont pas choses identiques. Une maladie, sans changer de nature, peut revêtir des types différents. Des maladies ayant même type peuvent avoir des natures dissemblables. On s'est d'abord assuré que les maladies continues étaient très-diverses. On a vu ensuite qu'il en était ainsi des maladies rémittentes. Cela est moins commun, mais pourtant vrai, pour les maladies intermittentes. On aurait pu le prévoir *à priori*. Puisque les maladies continues n'ont pas une nature semblable, je ne vois pas de raison théorique pour que la même chose soit impossible dans les autres.

Les maladies rémittentes sont divisées en deux groupes importants à conserver: celui des rémittentes à quinquina, et celui des rémittentes réfractaires à ce médicament administré comme spécifique. Les maladies gastriques, catarrhales; la fièvre typhoïde, la fièvre hectique, etc., sont rémittentes et ont cependant une nature réfractaire au quinquina.

La même distinction doit être faite pour les maladies intermittentes. Évidemment les intermittentes non périodiques (goutte, asthme, épilepsie, etc.) veulent être mises à part. Mais assez fréquemment des maladies à intermittence périodique sont notablement différentes de celles qui sont guéries par le quinquina. Il y a des réactions intermittentes présentant tous les phénomènes de véritables accès de fièvre, et qui sont provoquées et entretenues par le séjour d'une sonde dans l'urètre, par des vers, par l'éruption laborieuse d'une dent, par la constipation, etc. Ces accès peuvent être quotidiens, tierces, quartes, et donner le change au praticien, s'il se contente des apparences. On a vu de pareils accès qui dépendaient d'une affection goutteuse, syphilitique, herpé-

tique. etc. D'autres fois ce sont des névralgies, des spasmes, à qui rien ne manque au point de vue du périodisme, et qui sont des symptômes d'un état morbide réfractaire au quinquina.

D'un autre côté, les maladies à quinquina peuvent être rémittentes et mêmes continues. Pour beaucoup de médecins, ce dernier fait serait d'une découverte récente. Il n'en est rien : Sydenham, Torti, Cullen entre autres, l'avaient remarqué et consigné dans leurs écrits. De tout temps il a été observé sur notre littoral et dans tous les lieux marécageux. Grimaud exprimait cette pensée pratique dans son *Traité des fièvres* [1] : « Nous aurons occasion de nous convaincre que ces fièvres (si différentes les unes des autres par leur marche et par l'ordre dans lequel se présentent leurs phénomènes) soutiennent souvent entre elles des analogies multipliées, et qu'elles peuvent réellement tenir à un seul et même fond de maladie. En sorte que la division ordinaire des fièvres en *continentes, continues, intermittentes,* telle qu'on l'entend dans l'École, est une division mal entendue qui coupe, sépare, désunit des choses qui sont nécessairement liées dans le système naturel des maladies. »

On a toujours admis la subintrance, la subcontinuité. En quoi diffèrent-elles de la continuité ? Et si l'on accorde que les fièvres à quinquina peuvent devenir continues, pourquoi ne pourraient-elles pas être continues dès le début ? Tous les praticiens n'ont-ils pas observé des fièvres à quinquina commençant par être continues et devenant plus tard rémittentes, intermittentes ?

Grimaud a donc raison: les épithètes *rémittente périodique, intermittente périodique*, ne doivent pas être prises à la lettre ; elles ne désignent pas nécessairement des maladies de même nature, exigeant le même traitement.

La continuité, la rémittence, l'intermittence, n'ont qu'une valeur séméiotique limitée. Quelle est cette valeur ? Elles nous renseignent sur le degré de gravité de la maladie, sur sa nature thérapeutique.

Que nous apprennent les types eu égard à la gravité de la maladie? Pas grand chose, si la question est examinée dans toute sa généralité. De tous les côtés, il y a des maladies dangereuses, des maladies bénignes. Je fais remarquer cependant que les maladies bénignes continues sont les moins à redouter. La rémittence

[1] Grimaud; *Cours de fièvres*, tom. I, pag. 4.

et l'intermittence annoncent un certain degré d'opiniâtreté, de durée. D'une autre part, parmi les maladies graves, celles qui le sont le plus sont continues. La rémittence et l'intermittence surtout indiquent moins d'activité et d'intensité dans la cause morbide, et l'on a plus de temps devant soi pour le traitement. En conséquence, la même maladie étant donnée, on doit se féliciter quand, de continue qu'elle était, elle devient rémittente et surtout intermittente. Par contre, le pronostic est fâcheux lorsque cette maladie passe de l'intermittence à la rémittence, à la continuité; tous les praticiens sont d'accord là-dessus. Les fièvres dites pernicieuses se rattachent pour la plupart aux rémittentes; elles sont parfois cependant franchement intermittentes. L'intermittence peut donc s'accompagner d'un grand danger. Elle n'en est pas moins un fait relativement heureux; car avec elle et tout étant égal d'ailleurs, on a plus de chances d'arrêter la maladie à l'aide du quinquina. Une maladie à laquelle on peut opposer un spécifique est par cela seul moins grave qu'une autre. En somme et en tenant compte de tout, on peut dire qu'en général la continuité ajoute à la gravité d'une maladie, et que l'intermittence suppose une maladie peu disposée à trouver sa solution par elle-même, et par conséquent plus opiniâtre, plus rebelle.

Quel est des deux types, le continu, l'intermittent, celui qui constitue la plus grande déviation, celui qui est le moins naturel?

On croit généralement que c'est l'intermittent. On considère alors le type continu comme étant le type normal, et l'on s'est demandé pourquoi, dans certaines maladies, il était remplacé par l'intermittent. Il y avait donc à chercher la raison de l'intermittence. Une foule d'explications ont été fournies, sans qu'aucune ait pu s'établir dans la science.

Je me contente de rappeler qu'on a tour à tour attribué l'intermittence à des propriétés mystérieuses des nombres, aux phases lunaires, à l'action des astres, à l'habitude, etc. Ce sont des théories qui depuis longtemps ont perdu leur crédit. Je dirai brièvement pourquoi celles qui ont été proposées récemment sont inadmissibles.

Toutes ces explications s'inspirent de la doctrine organicienne. On part de l'hypothèse que le fait initial de tous les phénomènes morbides est une lésion d'organe; en conséquence, l'intermittence des symptômes est tout simplement l'intermittence des lésions. Mais

pourquoi y a-t-il des lésions continues et des lésions intermittentes? c'est là la vraie difficulté. Les lésions intermittentes, a dit M. Roche, et un moment cette opinion a eu du succès, sont telles parce qu'elles sont provoquées par des stimulus intermittents. Il fallait désigner ces stimulus. On ne l'a pas fait, ou bien on en a imaginé qui n'ont pas résisté à l'examen. Force a donc été de renoncer à trouver dans le milieu externe la cause de la périodicité des phénomènes. M. Bailly (de Blois) attribuait les fièvres intermittentes à la périodicité de congestions abdominales qui seraient, d'après lui, la conséquence de la station verticale de l'homme. Les animaux, toujours selon le même auteur, n'ont pas d'accès de fièvre parce que leur attitude horizontale s'oppose à ce que le sang et les autres humeurs s'accumulent, pendant la veille, dans les viscères du ventre. Il était aisé de renverser cette théorie en objectant : 1° que des observateurs sérieux avaient constaté de véritables fièvres d'accès sur le chien et surtout sur le cheval ; 2° qu'il ne suffit pas de se tenir couché pour enlever à une maladie sa forme intermittente ; 3° qu'il y a des maladies périodiques sans congestion d'aucune sorte ; 4° enfin, on avait droit de demander à l'auteur de cette hypothèse pourquoi certains individus seulement avaient des congestions abdominales donnant lieu aux accès de fièvre. Le complément nécessaire, vraiment pratique, de cette théorie eût été le moyen de distinguer les congestions qui sont hygides de celles qui sont morbides. Il eût fallu démontrer l'existence de ces congestions.

Quelques médecins, entre autres MM. Audouard, Piorry, ont accordé aux lésions d'un organe spécial, la rate, le privilége de provoquer des symptômes intermittents. La raison d'un pareil privilége était difficile à dire ; mais enfin la constatation du fait lui-même était un enseignement utile. Malheureusement les lésions de la rate, que tout le monde sait depuis longtemps être fréquentes pendant le cours de la fièvre d'accès, sont plus souvent l'effet que la cause de cette fièvre. D'ailleurs, il n'est pas exact que les lésions de la rate donnent toujours lieu à des symptômes intermittents. On observe des altérations de ce genre sans intermittence, des intermittences sans lésion de la rate ; aussi la théorie dont je parle est-elle difficile à soutenir, à moins qu'on ne découvre les motifs de ces disparates, ce qui n'a pas été fait.

Les plus prudents parmi les organiciens se contentent de dire

que l'intermittence est due à une lésion d'organe qui s'efface et se reproduit. Ils renoncent à expliquer comment et où cela se fait, et ils déclarent que l'intermittence morbide est un mystère jusqu'à présent impénétrable.

Alléguer que plusieurs maladies intermittentes dépendent d'une lésion d'organe, c'est énoncer un fait vrai, utile à connaître, mais qui laisse intacte la principale difficulté : pourquoi la même lésion suscite-t-elle des phénomènes tantôt périodiques, tantôt non périodiques? Tant que le scalpel et le microscope n'auront pas répondu à cette question, la raison anatomique de l'intermittence sera inconnue. J'ajoute que le périodisme provoqué par une lésion d'organe est l'exception. Par conséquent, la majorité des cas échappe entièrement à l'explication organicienne. Le mot de Chomel [1] serait donc justifié : l'intermittence est un des points les plus obscurs de la pathologie générale.

Chomel déclare le fait de l'intermittence inexplicable, parce qu'on n'a pas encore fouillé avec assez de succès dans les organes et dans les tissus. Comme lui, je trouve ce fait inexplicable, mais pour d'autres raisons. J'appartiens à une École où l'on professe que la cause de l'intermittence doit être poursuivie par-delà les organes, qu'elle ne tombe pas sous les sens, et que la notion de cette cause n'est acquise que par induction. Il est donc impossible de la saisir directement, de la décrire. On ne la connaît que par ses effets et par ce qui en prépare la formation.

Mais je suis surpris des efforts qu'on a faits, dans tous les camps médicaux, pour trouver la clef de l'intermittence. Selon moi, c'est l'explication de la continuité, et non celle de l'intermittence, qu'il fallait poursuivre.

Je pars du principe que l'intermittence caractérise essentiellement l'action vitale. Alors, je trouve naturel qu'il y ait des maladies intermittentes, et ce n'est pas cela que je dois chercher à expliquer.

En examinant de près, en effet, on s'assure que la continuité de la vie est la résultante d'efforts intermittents, différents entre eux, souvent antagonistes. La vie n'est possible qu'à la condition d'un perpétuel changement. Toutes les fonctions se font avec des alternances très-visibles; il n'y en a point d'absolument con-

[1] Chomel; *Pathologie générale*, pag. 308.

tinues : la respiration, la circulation, se composent de deux mouvements opposés.

Une action se répétant identiquement la même au-delà du nécessaire, c'est l'excès, la fatigue; au-delà d'un certain terme, c'est la maladie; portée plus loin encore et avançant toujours sans rétrograder, c'est l'inertie, c'est le néant. La santé n'existe qu'au prix d'intermissions et de reprises convenablement espacées, moyennant lesquelles toutes les activités, se déployant et s'effaçant au moment opportun, concourent à former l'harmonieux ensemble.

Dès les premiers linéaments du corps, avant la formation des organes, ce balancement est observé ; c'est même alors qu'il s'exerce avec le plus de précision et d'énergie, à en juger par la grandeur du travail accompli. Antérieur au mécanisme, il ne peut en être le produit. C'est donc une faculté primordiale, un attribut de la cause invisible des phénomènes vitaux. L'existence d'une pareille faculté était nécessaire dans un corps qui trouve en lui-même la raison du mouvement de ses parties et qui, parcourant des phases, doit être capable de distribuer son activité selon les nécessités du moment. On conçoit très-bien qu'une force individuelle dont la durée est épuisable, temporaire, ait besoin de se reposer. Or, pour elle, le repos est le changement d'action; l'intermittence lui est donc d'une nécessité étroite.

Sous ce rapport, elle diffère notablement de la force physico-chimique, qui, toujours jeune, infatigable, n'a pas besoin de se modifier, et qui est inerte, c'est-à-dire incapable par elle-même de rien ôter, de rien ajouter à son activité ; aussi la force physico-chimique est-elle essentiellement continue. Là, il y a vraiment lieu de se demander pourquoi les actes d'un corps inanimé peuvent être intermittents. L'étude de ces effets intermittents donne la preuve qu'ils ne sont pas dus au corps brut lui-même, mais à des actions antagonistes extérieures dont les conséquences sont nécessaires, fatales. Cet antagonisme tient un certain temps la force en échec, et lui rend ensuite sa liberté. Les alternances des saisons, du jour et de la nuit, du jeu saccadé d'une machine, etc., sont purement phénoménales. Quant à la force, elle est, en soi, incapable de changer sa direction, son mode d'énergie. Inertie et continuité sont des qualités inséparables, comme, de leur côté, spontanéité et intermittence. Aussi les physiologistes qui nient la spontanéité de la force vitale et qui assimilent celle-ci à la force

inerte, déclarent-ils semblables et expliquent-ils de la même manière les intermittences qui ont lieu de part et d'autre.

Il n'est cependant pas permis de confondre des forces dont l'une ne conserve son support matériel qu'en l'immobilisant dans une situation donnée, dont l'autre ne conserve le sien qu'à la condition de mouvements, de renouvellements moléculaires incessants.

J'avais donc raison de le dire : dans le monde brut, la force est essentiellement inerte, continue. Les phénomènes seuls sont intermittents quand les continuités en conflit s'opposent des obstacles réciproques; c'est une pseudo-intermittence. Dans le monde vivant, la force est essentiellement spontanée, intermittente, et la continuité des phénomènes est un mode spécial de l'intermittence; c'est une pseudo-continuité.

En conséquence, les maladies continues sont des intermittentes déguisées sous les apparences de la continuité ; elles se composent d'efforts distincts, mais rapprochés et soudés l'un à l'autre par un mécanisme analogue à celui de la subintrance ou de la subcontinuité. Cette succession d'efforts, en même temps hâtifs et prolongés, suppose une cause morbide active. Ce déploiement d'énergie est-il convenablement ordonné pour la guérison, et n'apporte-t-il aucun dommage sérieux aux organes, aux forces, tout est avantage pour le sujet, qui est plus promptement débarrassé. Dans le cas contraire, il y a péril prochain.

Celui-ci est, à conditions égales, moins à redouter si, la fougue des mouvements étant moindre, les efforts sont espacés et séparés par des intervalles de répit ; mais alors la maladie marche d'un pas plus lent, s'attarde dans sa première période (de déviation), trouve difficilement sa solution, est rebelle et sujette aux rechutes.

Les maladies rémittentes, ayant les inconvénients des continues et une partie seulement des avantages des intermittentes, sont généralement des maladies graves dont la solution naturelle est laborieuse. La subcontinuité et la subintrance sont des événements fâcheux, mais la subcontinuité l'est davantage. On se rappelle qu'elle est le produit de l'allongement des accès ; elle a donc, plus que la subintrance, les dangers de la continuité.

Ces données, fournies par l'observation, sont en parfait accord avec ma théorie.

Demandons-nous maintenant quelle est la valeur séméiotique des types par rapport à la nature des maladies. Cette valeur, je le répète, n'est pas absolue. Sans doute, tel type existe habituellement avec certaines maladies ; mais le même type peut être présenté par des maladies fort diverses, et des maladies semblables peuvent avoir des types différents. Ce n'est donc pas un symptôme pathognomonique.

Généralement, la continuité se trouve dans les maladies où le corps vivant est primitivement lésé dans sa plasticité, et qui exigent pour leur exécution le concours spécial de l'appareil vasculaire sanguin. J'ai dit que l'affection inflammatoire était celle qui donnait la continuité la plus franche, la marche la plus rapide vers la guérison ou vers la mort. Les réactions provoquées par des lésions matérielles sont d'ordinaire continues, et à plus forte raison si elles sont de nature inflammatoire.

L'intermittence est la forme habituelle des névroses. A moins d'être poussées à l'extrême, les lésions de la sensibilité et du mouvement sont assez longtemps compatibles avec la vie, mais opiniâtres.

La rémittence implique une lésion mixte de l'appareil vasculaire et de l'appareil nerveux.

Cette lésion mixte se retrouve probablement dans les intermittentes périodiques.

Telles sont les idées les plus générales sur ce sujet. Mais que de difficultés quand il s'agit d'apprécier ces lésions et leur genre d'association !

La grande question, la question pratique, est de distinguer les rémittentes, les intermittentes, dont le quinquina est le spécifique, de celles qui échappent à l'action de ce médicament, et de reconnaître, parmi les continues, celles qui indiquent le même remède.

Pour cela, il faut mettre à contribution toutes les données du diagnostic, les peser et les contrôler l'une par l'autre.

Au besoin, sachons découvrir que telle pyrexie continue est de la famille des fièvres d'accès, et doit être traitée comme telle. Souvenons-nous que telle maladie très-correctement intermittente peut être pourtant due à une lésion permanente, pour la guérison de laquelle le quinquina sera impuissant ; que cette particularité n'est pas rare à l'occasion des lésions plastiques des nerfs et des

centres nerveux ; que très-souvent des symptômes rémittents se rattachent à une dégradation organique ; et qu'enfin certaines affections peuvent donner à leurs manifestations des allures périodiques, et n'ont que cela de commun avec les fièvres d'accès.

En résumé, le type est une forme symptomatique compatible avec un fond morbide très-variable. Comme tout symptôme, il sert le diagnostic et suggère telle pensée qui n'a de valeur qu'après vérification faite, après une appréciation des autres données fournies par le présent et par le passé de la maladie.

En pratique, on doit une attention particulière aux types rémittent et intermittent périodiques, parce que nous disposons, surtout pour ce dernier, d'un remède, le quinquina, qui possède la vertu spéciale d'agir contre la modification vitale, cause prochaine de ces modes d'évolution. Toutes les fois qu'il y a rémittence, intermittence, on a avec cet agent, pourvu qu'il soit convenablement toléré, quelques chances de diminuer l'intensité des symptômes et même de les faire disparaître provisoirement.

Ces avantages partiels se réalisent même dans des cas où la maladie rémittente, intermittente, est une réaction provoquée et entretenue par une lésion d'organe. Mais cette cause persiste parce que le quinquina ne peut rien contre elle ; les accidents reparaissent, et vient bientôt un moment où le quinquina est impuissant. L'action de cet agent, quoique très-incomplète, a été pourtant manifeste. D'un autre côté, l'expérience l'a prouvé, plus une fièvre d'accès va à l'intermittence, et, mieux encore, plus elle est franchement intermittente, plus le triomphe du quinquina est probable ; tandis que l'action de ce dernier est douteuse à mesure que cette fièvre devient rémittente, subcontinue, continue. En somme, le quinquina justifie l'épithète d'*antipériodique* qu'on lui a donnée, à la condition de reconnaître qu'il peut réussir dans des cas où il n'y a pas de périodisme appréciable, et qu'il est tout au plus palliatif dans ceux où le périodisme a pour cause un état morbide différent de celui de la fièvre d'accès. La vertu antipériodique du quinquina, quand la rémission et surtout quand l'intermission sont bien prononcées, me semble incontestable avec les réserves que je viens de faire.

Un fait appartenant à la pratique de Dumas[1], et qu'il a consi-

[1] Dumas ; *Doctrine génér. des maladies chroniques*, pag. 641.

gné dans son *Traité des maladies chroniques*, avait fait espérer qu'il suffisait de donner à une maladie quelconque la forme intermittente, pour la rendre justiciable du spécifique :

Un épileptique présentait cette particularité que les attaques étaient, chez lui, suscitées par l'ingestion d'une boisson alcoolique. Dumas eut la pensée de rendre les attaques périodiques en donnant périodiquement au sujet la boisson provocatrice. Ce but étant atteint, le quinquina fut prescrit et emporta la maladie.

Faut-il conclure de là qu'il ne manque aux maladies intermittentes irrégulières (épilepsie, goutte, asthme, migraine, etc.) que la périodicité, pour être curables par le quinquina? Rien n'autorise à le penser.

Le fait en question manque de détails indispensables. On ne dit pas, chose pourtant importante, de quelle espèce d'épilepsie il s'agissait. Tel qu'il est raconté, ce fait prête à des interprétations fort différentes, et comme il est unique en son genre, il faut bien se garder d'en tirer une règle générale.

Dans l'état actuel de la science, on doit se contenter de dire que le quinquina développe toute sa puissance spécifique sur l'espèce nosologique appelée fièvre intermittente, dont l'effluve paludéen est la cause provocatrice principale. Cette puissance est plus grande quand les phénomènes sont intermittents, mais elle existe encore contre les cas rémittents et même continus.

Un mot sur la périodicité considérée comme moyen de diagnostic. A ce point de vue, les anciens attachaient de l'importance aux subdivisions du type périodique, et pensaient que les accès quotidiens, tierces, quartes, avaient une signification séméiotique utile à apprécier. Ils s'étaient attachés à décrire la physionomie propre à chacun de ces accès, et ils pensaient que l'on pouvait, avec une attention suffisante, reconnaître à l'examen d'un seul accès s'il appartenait à une fièvre quotidienne, tierce ou quarte. Cela est facile, en effet, si l'on choisit les cas bien développés; mais, dans la plupart, il n'y a que le retour des symptômes qui puisse renseigner sur ce point.

Aux yeux des anciens, les accès quotidiens indiquaient une fièvre compliquée d'un état asthénique, pituiteux, telle qu'on en observe dans les constitutions automnales prononcées. Les accès à type tierce annonçaient l'association avec une affection bilieuse. Les accès quartes indiquaient la présence d'un élément nerveux.

La vérité de cette dernière proposition est généralement démontrée par les symptômes et par le traitement. Assez souvent ces accès présentent, en effet, des allures spasmodiques, ainsi que l'attestent les qualités du pouls, la limpidité des urines, la durée de la période de froid, aux dépens des autres, etc. A ces caractères, et même en ignorant l'époque du retour de l'accès, on peut diagnostiquer une fièvre quarte. Celle-ci réclame une thérapeutique particulière dans laquelle les indications tirées de l'élément nerveux doivent trouver place, et il est bien plus difficile d'en débarrasser le sujet. De ce côté, l'expérience moderne se trouve d'accord avec l'expérience ancienne.

Il n'en est pas de même des fièvres quotidiennes et des fièvres tierces. Dans les statistiques, on ne distingue pas toujours les quotidiennes des doubles-tierces. Les anciens eux-mêmes sont tombés plus d'une fois dans cette confusion, et j'avoue que la séparation est souvent difficile. Tant que cette obscurité durera, il ne sera pas possible de se prononcer définitivement sur la nature des fièvres quotidiennes, comparée avec celle des fièvres doubles-tierces.

On est mieux renseigné sur la tierce simple. Celle-ci, surtout quand elle apparaît au printemps, est sensiblement sthénique, moins rebelle, et elle s'associe fréquemment avec l'élément bilieux. La vraie quotidienne est plus fréquente en automne et elle participe du génie asthénique de cette saison.

Tout étant égal d'ailleurs, le type tierce est celui que les praticiens préfèrent rencontrer. Ils portent un bon jugement d'une fièvre qui, de quotidienne ou quarte, devient tierce, et ils regardent l'inverse comme fâcheux.

C'est ainsi que les choses se passent le plus ordinairement dans notre zone méridionale, dont on sait du reste les analogies avec le climat de la Grèce. Quant à la possibilité de rencontrer tous les types périodiques dans les maladies de nature semblable, elle n'est niée par personne.

Telles sont les idées qui m'ont paru les plus utiles à exposer sur le sujet du type. Je tiens à les rappeler sommairement.

L'intermittence est essentiellement attachée au dynamisme vivant : c'est un fait primitif.

La continuité est une forme particulière de l'intermittence. Elle a lieu toutes les fois que, par suite de l'énergie de la cause pro-

chaine, les efforts morbides se rapprochent assez pour que leurs effets se touchent et se confondent. Dans les fièvres dites subintrantes, subcontinues, ce mécanisme est appréciable. Il se passe quelque chose d'analogue dans les autres cas. Toutes les maladies sont donc intermittentes. Dans les unes, les effets sont espacés; dans les autres, ils sont joints ensemble.

Les premières sont appelées intermittentes, les secondes continues. Les rémittentes présentent en même temps l'un et l'autre caractère.

Ces formes continue, intermittente, rémittente, appartiennent, mais non absolument, il s'en faut, à certaines natures morbides.

Les maladies à lésions matérielles, celles où l'appareil vasculaire sanguin remplit le principal rôle, sont habituellement continues.

L'intermittence est plutôt le propre des maladies nervosiques.

La rémittence révèle d'ordinaire une maladie à la fois nervosique et plastique.

Les maladies qui dérivent de l'affection dite intermittente sont les seules contre lesquelles la spécificité du quinquina s'exerce pleinement. L'appropriation de ce médicament est telle que, bien que l'intermittence franche soit une circonstance favorable, la forme rémittente et même la forme continue en subissent l'influence favorable, dans un grand nombre de cas.

Les maladies périodiques qui ont une autre origine ne sont modifiables par le quinquina que d'une façon incomplète et passagère.

ARTICLE III. — DURÉE DES MALADIES.

On entend par *durée* d'une maladie l'espace de temps compris entre le commencement et la fin de cette maladie. Pour le mesurer, il faut pouvoir déterminer d'une manière précise ce commencement et cette fin, ce qui n'est pas toujours exactement possible.

Une difficulté s'est élevée au sujet de la supputation des jours: les uns veulent que le premier parte de l'heure du début, et finisse le lendemain à la même heure; ainsi de suite pour les autres jours. Hippocrate compte comme premier jour celui du début, quelle que soit l'heure de ce début. Les jours suivants sont les jours solaires tels qu'on les entend d'habitude. Ce dernier parti est le plus naturel et a obtenu la préférence générale.

C'est de l'invasion et non des prodromes qu'il convient de faire dater la maladie, et les rechutes doivent être comptées comme lui appartenant. La durée d'une maladie peut être raccourcie par des lésions d'organes qui, par leur siége ou par leur intensité, sont incompatibles avec la vie. Des mouvements médicateurs, spontanés ou provoqués, peuvent aussi abréger une maladie, quand ils sont assez puissants pour la guérir avant le temps ordinaire.

Pour déterminer le début et la durée d'une maladie, il importe de savoir ce qui lui appartient, afin de ne pas la confondre avec une autre qui l'a précédée ou suivie. Un sujet commence à être malade d'une certaine façon ; plus tard il l'est d'une autre : est-ce ou non la même maladie qui continue? Ce problème acquiert un grand intérêt dans certains cas de médecine légale : par exemple lorsque nous sommes appelés à décider si un individu est mort de la même maladie qu'il avait lors de la passation d'un contrat de vente. Voici, ce me semble, la règle à suivre :

Si les accidents nouveaux se rattachent à la maladie primitive comme un effet tient à sa cause génératrice, ils doivent être considérés, quels qu'ils soient, comme des conséquences naturelles du premier état, et tout cela ne fait qu'une seule maladie. Ainsi, selon moi, l'apoplexie et la paralysie qu'elle entraîne après elle, ne sont ensemble qu'une seule et même maladie. Une pneumonie provenant d'une fièvre exanthématique mal placée, ne constitue avec cette fièvre qu'une seule maladie. Au contraire, si la maladie consécutive a sa cause distincte en dehors de la première, cela fera deux maladies également distinctes : tel serait, par exemple, le cas d'un traumatisme survenant chez un individu déjà malade. Il en sera de même si la première maladie n'est qu'une cause provocatrice par rapport à la seconde : ainsi, une phthisie qu'une rougeole aura suscitée chez un individu prédisposé sera une maladie nouvelle. Donc cet individu, mort phthisique après avoir passé un contrat de rente viagère pendant qu'il n'avait que la rougeole, ne doit pas être considéré comme ayant succombé à la maladie qui a été contemporaine du contrat. En pratique ordinaire, ces problèmes perdent leur importance.

Sauf les incidents funestes ou médicateurs dont j'ai parlé plus haut, une espèce morbide qui se développe librement a une durée qui est approximativement la même dans la plupart des cas. La vie pathologique obéit à des lois comme la vie hygide. Toutefois

ces lois ne sont pas inflexibles, et elles permettent aux phénomènes de se mouvoir dans une certaine marge. L'intensité du mal, l'état des forces, les qualités du sujet, les influences du milieu, celles du traitement, modifient notablement la durée de la maladie. Je trouve exagérée la pensée que M. Andral a exprimée de la manière suivante[1] :

« C'est une conviction bien arrêtée dans notre esprit que toutes les maladies ont une durée sur laquelle le traitement n'a aucune influence. Nous avons vu la mortalité croître ou décroître, les accidents s'enrayer ou s'aggraver, l'adynamie, l'ataxie s'arrêter ou s'accroître; mais nous n'avons jamais vu qu'une affection ne s'accompagnât pas des différents symptômes que la nature lui a attribués, ou qu'elle ne durât que quelques jours, et ceci est applicable à toutes les maladies. Souvent, très-souvent la thérapeutique est bornée au rôle de spectatrice, ou, si elle agit, c'est par rapport à la terminaison, jamais par rapport à la durée.»

Cette doctrine n'est acceptable que pour les exanthèmes fébriles, dont tout le monde connaît la marche presque mathématique. Nous pouvons quelque chose, et fréquemment nous pouvons beaucoup, sur la durée de toutes les autres maladies, ne fût-ce que pour les empêcher d'être raccourcies par la mort, et pour les rendre plus longtemps tolérables. Pourtant, et en admettant des exceptions, les maladies, surtout les aiguës, sont astreintes à une règle qui permet d'en prévoir approximativement la durée.

On sait à peu près le temps nécessaire à une réaction synergique, quand rien ne se met à la traverse : expulsion d'un corps étranger, cicatrisation d'une plaie, consolidation d'une fracture.

On sait aussi d'avance la durée probable d'une phlegmasie, d'une fièvre, Cette durée est pour l'ordinaire de sept, quatorze, vingt et un jours.

La durée d'une maladie chronique a des limites beaucoup moins arrêtées. Personne n'ignore la difficulté de préjuger celle des névroses, des dartres, de la scrofule. La durée des affections cancéreuses, tuberculeuses, peut être mieux fixée d'avance. La goutte, la gravelle, plusieurs lésions organiques à marche lente et qui sont généralement tolérables, accompagnent le sujet jusqu'à la fin de son existence; elles peuvent même fréquemment rester

[1] Andral; *Cours de pathologie générale*, publié par A. Latour.

étrangères à l'événement de la mort. Nous arrêtons, nous ralentissons la marche ascendante d'une maladie, ou bien nous subissons le rôle de simples spectateurs, selon le degré de puissance des moyens dont nous disposons contre elle.

Les maladies qui, par suite d'une prédisposition, se reproduisent sur le même sujet, sont ordinairement plus courtes et plus légères dans celles de leurs apparitions qui suivent les premières. Ce fait a été remarqué pour les récidives de l'angine, de l'érysipèle, etc.; il y a alors tolérance par assuétude, et probablement aussi les mouvements morbides acquièrent, en se répétant, plus d'assurance dans leur évolution synergique. Il peut cependant arriver un moment où, l'organe qui est le siége de la maladie étant devenu tout à fait infirme, et la constitution du sujet s'affaiblissant, cette maladie n'offre plus la même régularité, se complique et dégénère, ainsi que le font les attaques de goutte qui, après avoir longtemps rempli convenablement leur rôle, perdent leur caractère fonctionnel. La fluxion accumule dans les articulations et dans leur voisinage des matériaux réfractaires, et l'attaque devient alors un mal qui se perpétue avec des compensations de plus en plus faibles.

Je conclus de ce qui précède que, la durée de certaines maladies étant fixe, à peu près nécessaire, nous ne pouvons rien faire pour les raccourcir; que pour les autres, en très-grand nombre, cette régularité n'est pas aussi absolue et s'efface de plus en plus. Les maladies aiguës sont celles où elle se conserve le mieux.

L'âge, l'état des forces, la sensibilité spéciale du sujet, le milieu, exercent une grande influence sur la durée des maladies.

Je dirai plus tard les maladies dont il faut, dont on peut arrêter la marche, et celles dont l'évolution doit être respectée. Même dans celles dont le cours semble fatal, une certaine action nous est permise pour amoindrir, adoucir le temps de l'épreuve morbide. Cette épreuve est, sous ce rapport, comparable à celles que la chirurgie impose artificiellement. Des deux côtés on doit chercher à obtenir qu'elles s'accomplissent autant que possible : *citò, tutò et jucunde.*

Étudions maintenant l'aspect le plus important du problème de la durée.

---

§ I. Acuité, Chronicité.

Hippocrate ne s'est pas sérieusement préoccupé des maladies chroniques. Il est probable que le soin de ces dernières était, de son temps, abandonné à des médecins d'un ordre inférieur. Galien n'établissait aucune différence essentielle entre les aiguës et les chroniques ; elles dépendaient, à ses yeux, de la même intempérie humorale.

La secte méthodiste fit des maladies chroniques un sujet spécial d'études. Cœlius Aurelianus, disciple de cette secte, a écrit un traité, que le temps a conservé, sur les maladies aiguës et sur les maladies chroniques. Parmi les ouvrages de l'antiquité, le plus remarquable en ce genre est celui d'Arétée : *Des causes, des signes et du traitement des maladies aiguës et des maladies chroniques.*

Ὀξὺς, *acutus,* dont nous avons fait *aigu*, signifie vif, pénétrant. Une maladie douée de pareils caractères ne pouvant durer longtemps parce qu'elle doit se terminer bientôt par la guérison ou par la mort, ὀξὺς, *acutus,* ont pris le même sens que *brevis.* En conséquence, ce fut la durée qui servit à distinguer les maladies aiguës des maladies chroniques. Une classification qui ne tient compte que de la durée, est arbitraire et rappelle trop le lit de Procuste. La notion de nature ne peut être négligée, et il faut surtout tenir compte de la manière dont le temps est employé pendant les périodes de la maladie.

On a voulu des subdivisions. Elles ont été possibles pour les aiguës, parce que leurs allures sont généralement plus régulières. Cela a été moins facile pour les chroniques.

Les aiguës ont été divisées en très-aiguës, *acutissimi,* dont la durée serait de 3 ou 4 jours. Les sub-très-aiguës, *subacutissimi vel peracuti,* dureraient 7 jours. Les aiguës proprement dites, *acuti,* dureraient 14 jours. Les subaiguës, *subacuti,* dureraient de 21 à 40 jours. Le chiffre 40 établissait le point de séparation des aiguës d'avec les chroniques.

Je le répète, une pareille délimitation n'est pas admissible. Une maladie peut être chronique et avoir une courte durée, lorsque, par exemple, dans les premiers jours de son établissement survient une maladie aiguë qui enlève le sujet. Avec des moyens thérapeutiques puissants et appropriés, on guérit rapidement une maladie qui

abandonnée à elle-même, aurait duré longtemps. La gale ne cesse pas d'être une maladie chronique, bien que l'intervention du médecin puisse en réduire la durée à un très-petit nombre de jours.

D'un autre côté, une maladie peut dépasser quarante jours, et conserver assez d'activité dans sa marche pour mériter encore l'épithète d'aiguë. Pourquoi les maladies aiguës sont-elles généralement courtes? Pour plusieurs raisons : parce que les actes qui les constituent sont convenablement ordonnés pour la guérison ; parce que la perturbation qu'elles apportent provoque l'emploi de moyens efficaces de défense de la part de la faculté médicatrice ; ou bien, enfin, parce que la perturbation dépasse toute tolérance possible et tranche la vie. Il peut arriver que l'attaque conserve assez de vivacité pour que tous les signes de l'acuité soient présents, et cependant l'état des forces permet une résistance qui se prolonge. Les actes protecteurs peuvent également avoir le même caractère d'acuité, et rencontrer des obstacles qui empêchent ou retardent leur efficacité. La maladie n'en devra pas moins être placée parmi les aiguës. Combien de rhumatismes qu'il faut appeler aigus, bien qu'ils dépassent la moyenne de quarante jours ! Que de fièvres graves dont la période de restauration est embarrassée, et qui ne trouvent leur dénoûment que bien au-delà de cette limite !

Tous les praticiens ont observé des faits de ce genre. Je citerai comme exemple classique un des malades du livre III des *Épidémies* d'Hippocrate.

Le fils de Parion mourut le cent vingtième jour après une rechute qui eut lieu le vingt-quatrième (je rappelle que les rechutes doivent être comptées, car elles sont évidemment la continuation de la même maladie). Pendant tout ce temps, les symptômes avaient le caractère aigu : fièvre, diarrhée bilieuse, assoupissement ou sommeil laborieux. On a toujours noté l'allure mouvementée des maladies aiguës. En quoi ce fait diffère-t-il des aiguës ordinaires ? En ceci seulement, qu'un autre malade moins bien doué du côté des forces aurait moins longtemps résisté. Le second malade du même livre était une femme qui mourut d'une fièvre puerpérale le quatre-vingtième jour, malgré une grande agitation vasculaire accompagnée de graves symptômes. Le malade qui demeurait dans le jardin de Dealcès n'entra en convalescence qu'à partir d'une crise

qui commença le quarantième jour. Héropyte d'Abdère n'eut sa crise finale que le centième jour ; ce fut un flux de ventre qui prit le caractère dysentérique, et qui cessa seulement le cent vingtième jour, époque où le mal fut complètement jugé.

Si c'était la durée, la durée seule et non l'allure lente ou rapide des symptômes qui fît la règle, on ne pourrait savoir qu'*à posteriori*, après le dénoûment, si la maladie a été aiguë ou chronique. Et cependant, dès les premiers pas, on n'hésite pas à se prononcer sur ce point. Il suffit de savoir si la maladie marchera vers son dénoûment d'une manière rapide ou lente, si elle est de celles qui sont susceptibles ou non de s'associer un certain temps avec l'organisme sans provoquer des intolérances mortelles ; et de même qu'un voyageur vigoureux peut marcher vite et longtemps pour arriver à son but, ainsi un organisme bien doué du côté des forces et tolérant peut faire durer longtemps la lutte, tout en lui conservant jusqu'au bout un notable caractère de vivacité.

L'inverse caractérise les maladies chroniques. Celles-ci marchent d'un pas lent vers leur dénoûment, bon ou mauvais. Dans un temps relativement long, il s'accomplit peu de choses. Elles respectent assez les fonctions hygides nécessaires pour que leur établissement dans le sujet puisse être durable. Certaines maladies chroniques : épilepsie, goutte, hystérie, etc., se manifestent par des perturbations qui ont les allures des maladies aiguës; mais ces attaques ne font rien pour la solution de la maladie : de longs repos les séparent, pendant lesquels le fonctionnement hygide règne sans partage.

Si elle est continue, la maladie chronique provoque des lésions lentement progressives ou stationnaires, qui de longtemps ne provoquent aucune sympathie dangereuse.

Se manifeste-t-elle par des orages intermittents, ces orages sont utiles. Ils donnent à l'affection une satisfaction provisoire, et retardent visiblement sa marche ascendante. Les désordres sont bientôt réparés : le sujet se trouve alors mieux qu'auparavant, et il a devant lui des jours d'une santé en apparence irréprochable. De sorte que l'organisme, en somme faiblement attaqué, tolère et résiste. Il semble qu'il y a une espèce de compromis moyennant lequel les deux fonctionnements, l'hygide, le morbide, coëxistent l'un avec l'autre, de manière à former un total mixte qui est autant éloigné de la santé que de la mort. *Neque sanitas in propinquo neque exitium est.* (Celse.)

Je viens de donner une idée de la maladie chronique modèle, telle qu'elle se développe quand rien ne l'arrête, quand tous ses caractères sont présents. Il va sans dire qu'on ne l'observe pas toujours ainsi. Pour bien comprendre les notables et nombreuses variantes qui se produisent, voyons ce que sont en soi l'acuité, la chronicité, et apprécions les principales circonstances qui peuvent accélérer ou retarder la marche et le dénoûment des maladies.

L'acuité est essentiellement la précipitation de l'action impulsive morbide. L'acuité amène, en outre, des actes morbides précipités ; de là des intolérances qui, si elles se prolongent, usent les forces et sont bientôt incompatibles avec la vie. Aussi les maladies aiguës ont-elles une courte durée ; elles guérissent ou tuent dans un bref délai, ou ne dépassent leurs limites habituelles qu'à la condition de perdre leur acuité, de devenir chroniques.

La chronicité est essentiellement la lenteur de l'impulsion morbide. Les actes manifestateurs sont lents, ou, s'ils évoluent rapidement, ils sont séparés par des intervalles de repos. La chronicité s'accompagne d'habitude d'une tolérance suffisante pour le maintien de l'existence pendant un assez long temps. Toutefois la tolérance peut manquer à une maladie chronique, et alors celle-ci, quoique chronique au fond, s'accompagnera de scènes aiguës, suraiguës, apportant avec elles un danger prochain; notamment quand le mal est localisé sur un organe nécessaire dont l'action hygide est fortement compromise. Et, par exemple, un ramollissement du cœur, formé avec toute la lenteur voulue pour mériter d'être appelé chronique, est suivi d'une rupture promptement mortelle. La même lésion, fixée sur un organe moins important, n'aurait pas eu un semblable résultat et aurait permis à la maladie de durer longtemps.

Pareillement, lorsqu'un produit plastique lentement formé est susceptible d'irriter, d'enflammer les parties voisines, cette irritation, cette phlegmasie, ont des conséquences différentes. Si elles se produisent sous l'influence de tubercules dans le poumon, dans une glande lymphatique, elles seront bien et longtemps tolérées par l'ensemble ; elles seront plus redoutables dans les méninges, dans le péritoine. La méningite, la péritonite tuberculeuses, sont des maladies chroniques au point de vue de la formation de leur cause matérielle, et des maladies subaiguës en ce qui les regarde elles-mêmes.

Je range dans la même catégorie les maladies chroniques qui prennent les allures de l'acuité par suite d'une métastase. Tels sont le rhumatisme, la goutte, dont les manifestations ont pour siége le cœur, le cerveau, les poumons, etc.

Il y a donc des maladies chroniques qui deviennent aiguës par accident.

Voici maintenant des faits d'un autre ordre :

Un acte morbide, selon son siége, trouve des circonstances favorables ou contraires à la rapidité de sa marche. Ce fait est surtout remarquable en ce qui concerne la phlegmasie. Tous les tissus ne sont pas également capables de la réaliser. Ceux qui offrent le terrain le plus propice sont le tissu cellulaire, les tissus parenchymateux, riches en vaisseaux sanguins. Si elle s'établit sur des tissus moins élevés en vitalité (tissus fibreux, osseux, cartilagineux), sa marche, à conditions égales, est lente, eu égard à celle des autres phlegmasies. Mais, toute lente qu'elle est, elle n'en mérite pas moins d'être appelée aiguë lorsqu'elle évolue aussi vite que cela est possible dans des conditions pareilles, ainsi que cela se voit dans quelques cas d'ostéite traumatique. L'ostéite chronique est la plus commune. C'est la forme que prennent presque exclusivement les ostéites dites spontanées, que l'on observe dans le cours d'une syphilis, d'une scrofule, d'un scorbut, etc.

Voilà donc une maladie habituellement chronique et qui peut, par exception, se montrer à l'état aigu ; elle n'est pas la seule. Telle maladie chronique, par suite de certaines qualités du sujet, de certaines influences du milieu, est susceptible d'accélérer sa marche d'une façon inaccoutumée. Chez les jeunes enfants, on a observé des poussées tuberculeuses envahissant brusquement un poumon entier, les deux poumons et d'autres viscères en même temps, de manière à emporter le sujet aussi rapidement que l'eût fait une maladie aiguë. Tous les praticiens ont vu des phthisies galopantes, lesquelles, assure-t-on, ne sont pas rares dans les climats brûlants. Il y a des cancers, des hydropisies qui mériteraient d'être appelés ainsi, tant leurs allures sont pressées. Ces tubercules, ces cancers, ces hydropisies, sont, à mes yeux, de véritables maladies aiguës, car ils en présentent le caractère essentiel que j'indiquais tout à l'heure: l'accélération des mouvements morbides et les intolérances que cette accélération amène après elle. Toutes les maladies chroniques sont-elles capables de se réaliser à l'état

aigu ? Je ne connais aucune raison qui permette de le nier *à priori*. C'est à l'observation à décider. Cela est expérimentalement démontré pour les affections syphilitique, rhumatismale, tuberculeuse, scorbutique, etc. La preuve n'est pas complète à l'égard des affections goutteuse, scrofuleuse, etc. Qui pourrait affirmer qu'elle ne le sera jamais ?

Pour les mêmes motifs, je n'oserais pas dire qu'il y a des maladies essentiellement, nécessairement aiguës. La plupart de celles qui le sont d'ordinaire, l'affection inflammatoire elle-même, prennent parfois les allures chroniques, consécutivement ou à leur début. Rien, à *priori*, ne s'oppose à ce qu'il en soit ainsi des autres. Diminuons par la pensée l'énergie de la cause provocatrice, modérons les symptômes, séparons ces symptômes par des rémissions et surtout par des intermittences suffisamment espacées, et nous tranformons la maladie la plus aiguë en maladie chronique.

Un concours de circonstances peut faire qu'il en soit ainsi. Cela s'est rencontré pour le tétanos, que des observateurs sérieux ont vu à l'état chronique. Je ne connais pas de faits de rage chronique; je ne les déclarerais pas absolument impossibles. Faut-il excepter les pyrexies exanthématiques, dont le cours est si fortement réglé qu'on n'a pu encore ni les raccourcir, ni les allonger ? Voir ces maladies passer à la chronicité serait un spectacle bien extraordinaire. Mais un pareil événement étant plus conforme que contraire aux lois qui régissent l'ensemble de la pathologie, la pensée qu'on pourra l'observer dans l'avenir, et même qu'on a pu l'observer sans le reconnaître, ne me paraît pas du tout absurde.

Chacun peut nommer les maladies dont l'évolution chronique est la forme la plus fréquente, la plus naturelle. Elles peuvent se ranger dans deux catégories: 1° celles dont les actes morbides impliquent une modification lente, profonde et durable de la faculté plastique, pour la réalisation de laquelle la phlegmasie peut aider, mais n'est pas nécessaire. J'ai déjà fait connaître (voir chapitre VII) les subdivisions qui permettent le classement de ces produits plastiques; 2° les névroses à longues intermittences.

Il convient de distinguer les chroniques diathésiques de celles qui dépendent d'une lésion locale, avancée, difficile à guérir par suite des mauvaises conditions du sujet, ou bien à cause des obstacles qu'elle présente aux efforts combinés de la nature et de l'art.

Ces deux chronicités sont différentes. L'une a sa raison dans

une viciation de l'ensemble qui tend à s'établir de plus en plus, et qui ne s'accompagne d'aucun effort pour la solution du mal. Dans l'autre, la viciation est circonscrite dans une partie ; c'est une lésion d'organe exigeant un long travail de restauration et trop souvent incurable.

La fièvre, la phlegmasie, peuvent sans contredit être chroniques. Toutefois leur apparition est un indice d'intolérance. Modérées et passagères, le mal qu'elles font est réparable ; bien plus, elles sont parfois ordonnées pour un but utile, et alors elles contribuent, pour leur part, à maintenir l'association relativement pacifique qui est le caractère des premiers temps de la maladie chronique.

Mais quand la fièvre et la phlegmasie, décidément établies et sans but médicateur, résistent aux moyens thérapeutiques, elles donnent le signal de la période de décadence. Les jours du malade sont comptés. L'usure des forces est incessante. La proximité ou l'éloignement du dénoûment fatal dépendent de la vigueur constitutionnelle du patient et de ce qui lui reste du côté des fonctions nutritives.

La fièvre d'accès est une maladie pyrétique présentant des cas aigus, des cas chroniques : manifestement aiguë sous le type continu, rémittent ; suraiguë quand elle est pernicieuse. Mais on s'est demandé ce qu'était l'intermittente qu'on appelle bénigne, pour la distinguer de celle qui présente des tendances opposées. Je n'hésite pas à la considérer comme étant presque toujours chronique.

Hippocrate, Galien, Sydenham, parlent de fièvres d'accès allant spontanément vers la guérison. En défalquant les temps d'apyrexie, on a calculé que la maladie effective, représentée seulement par les accès, n'avait pas duré plus qu'une pyrexie ordinaire, et l'on a décidé que cette fièvre était une maladie aiguë. J'admettrais la conclusion pour les cas où le mal s'est dissipé de lui-même en peu de temps. Mais ces cas sont très-rares dans la pratique actuelle. Presque toujours la fièvre d'accès tend de plus en plus à s'enraciner, et l'on éprouverait de nombreux mécomptes si l'on n'employait qu'une médecine expectante. Fût-elle tierce, printanière, il est prudent de l'arrêter le plus tôt possible au moyen du spécifique. A ces traits, reproduits d'une façon encore plus accentuée par la fièvre quarte, il est impossible de méconnaître une maladie chronique.

Nous connaissons l'acuité et la chronicité considérées abstractivement, ainsi que leurs principales variantes et leurs rapports. Étudions-les maintenant au point de vue étiologique.

§ II. **Acuité, chronicité au point de vue étiologique.**

Les causes des maladies aiguës sont celles qui ont assez d'énergie pour provoquer des scènes morbides qui grandissent en peu de temps et diminuent d'autant le fonctionnement hygide ; de là, les sympathies, les intolérances.

Les causes des maladies chroniques attaquent moins fortement la sensibilité, procèdent par insinuation. Leurs conséquences morbides s'établissent lentement dans l'ensemble ou dans les parties, la vie hygide ne se retire que peu à peu. De là, une tolérance qui, dans certains cas, est assez complète, assez persistante pour que l'existence se prolonge jusqu'à ses limites ordinaires.

Nous avons à considérer les causes qui viennent du milieu, des professions, du genre de vie, de l'âge, du tempérament, de la constitution, de l'hérédité.

Milieu. — Il y a des climats dont l'action, plus que celle des autres, est excitatrice de la vie. Là, tout est précoce : la nubilité, la vieillesse, la mort. Naturellement, la même influence se fait sentir sur les maladies et en accélère la marche. C'est ce qu'on remarque surtout dans les pays chauds et humides, d'où nous viennent tant de maladies rapidement meurtrières : choléra, fièvre jaune, peste. Là, on observe plus qu'ailleurs les accès pernicieux, la fièvre bilieuse *mali moris*, le tétanos, etc. Là, les maladies chroniques ont une marche moins lente et prennent souvent les allures aiguës.

Les pays froids et humides sont plus favorables à la chronicité.

Dans les autres climats, sauf les influences spéciales à certaines localités, les maladies aiguës et les maladies chroniques se partagent la pathologie, inégalement pourtant, car partout les aiguës l'emportent numériquement sur les autres.

Quant aux saisons, il est expérimentalement reconnu que les constitutions automnales sont favorables à la formation des maladies chroniques ; que les constitutions vernales, au contraire, font plutôt naître les maladies aiguës.

Profession, genre de vie. — Chaque profession expose à des causes diverses dont les conséquences répondent au genre d'action de chacune d'elles. Je me contente de dire que plus les nécessités d'une profession maintiennent le sujet sous des influences multiples et convergentes, rappelant celles des saisons, des climats accentués, plus est grande et facile à reconnaître la part qu'elles prennent dans la formation des maladies aiguës et chroniques. Par exemple, les professions exigeant des passages brusques du chaud au froid, et réciproquement, exposent plutôt aux maladies aiguës. Celles qui commandent un séjour prolongé dans les lieux bas, sombres, humides, donnent lieu à des maladies chroniques, etc. Ces questions de détail ne peuvent être traitées ici ; mais la suivante, par sa généralité, mérite de nous occuper un instant.

Il est admis que les maladies chroniques sont plus nombreuses sous l'empire de notre civilisation, qu'elles ne l'étaient du temps d'Hippocrate. Pourquoi cela, et quels rapports observe-t-on entre les idées, les mœurs, les usages d'un peuple et le chiffre de ses maladies aiguës ou chroniques?

On sait l'attention spéciale que les Grecs accordaient à l'éducation, au perfectionnement du corps. Ils le soumettaient à une puissante hygiène, utile à ceux qui étaient bien doués, fatale aux faibles. Ceux-ci mouraient jeunes, et avec eux disparaissaient les sujets qui sont particulièrement la proie des maladies chroniques. Les autres, robustes et actifs, se trouvaient dans les conditions favorables aux maladies aiguës. Tout cela est changé aujourd'hui: c'est l'intelligence et non la force physique qui gouverne nos sociétés civilisées ; c'est l'intelligence que l'on cultive aux dépens du corps. Il en résulte pour ce dernier un affaiblissement qui appelle les maladies chroniques. Ajoutons à cela qu'un sentiment plus profond du prix de la vie humaine nous fait aller au secours des sujets débiles. A l'aide d'une hygiène appropriée, ils se conservent plus longtemps vivants qu'ils ne le pouvaient sous le rude régime de l'antiquité. L'art de traiter ces maladies, et au besoin de les faire durer, est postérieur à Hippocrate et doit ses moyens les plus efficaces à la révolution sociale issue du christianisme. Selon certains auteurs, notre défaut de vigueur corporelle serait dû aussi à un changement qui se serait opéré dans l'atmosphère, et à la suite duquel l'élément catarrhal se serait développé aux dépens de l'élément inflammatoire. D'autres invoquent l'influence débili-

tante de la syphilis, etc. Mais personne ne peut contester la justesse des considérations qui précèdent.

Age. — Les enfants les plus jeunes sont très-sujets aux maladies aiguës, et cela s'explique par la rapidité, la fougue de leur action vitale. La disposition aux maladies chroniques commence avec la seconde enfance, époque favorable aux maladies qui se localisent sur les os, sur les tissus peu vasculaires (rachitisme, scrofule). Dans l'adolescence, la vie du sang et des vaisseaux qui le contiennent acquiert plus d'ampleur, et le mode aigu est fréquent quand ces parties sont le siége organique de la maladie. L'âge adulte, étant caractérisé par le balancement des facultés vitales, donne également prise aux deux modes. Chez les vieillards, la vigueur et la sensibilité allant en déclinant de plus en plus, les maladies chroniques l'emportent. Dans un livre de M. Réveillé-Parise[1] sur les maladies de la vieillesse, je trouve une statistique dressée par une commission des Associations charitables d'Écosse, et qui, bien que très-imparfaite, me semble mériter d'être consignée ici. Cette statistique établit la moyenne des maladies à partir de 20 ans : à 20 ans, cette durée est de quatre jours; à 30, de quatre jours et une fraction; à 40, de cinq à six jours; à 45, de sept jours; à 50, de neuf à dix jours; à 55, de neuf à treize jours; à 60, de seize jours; à 66, de trente à trente et un jours; à 70, de soixante et treize à soixante et quatorze jours. D'après ce tableau, les maladies aiguës seraient, en somme, les plus fréquentes. Cela est exact; mais certainement leur chiffre diminuerait s'il s'agissait d'un vrai classement et non d'une simple supputation des jours.

Tempérament. — Le tempérament sanguin est, de tous, le plus favorable à l'acuité. Vient ensuite le tempérament bilieux. Le tempérament nerveux dispose aux maladies qui peuvent être le plus rapidement mortelles, mais aussi à celles qui durent le plus longtemps. Personne n'ignore que l'élément nerveux rend la marche des maladies irrégulière et oppose des entraves à leur solution. On admet généralement encore que les civilisations qui, comme la nôtre, donnent une prépondérance trop grande aux centres nerveux, sont celles qui multiplient les maladies chroniques, ainsi que je le disais tout à l'heure. Le tempérament lymphatique, imprimant à

[1] Reveillé-Parise; *Traité de la vieillesse, hygiénique, médical et philosoph.*, etc. Paris, 1852.

la nutrition une débilité relative, doit favoriser et favorise en eff l'établissement des maladies chroniques. Celles-ci ne sont, à vra dire, que l'exagération, la dégénérescence du tempérament hy gide de l'ensemble ou du tempérament d'un organe.

Constitution. — Une bonne constitution est compatible avec un maladie chronique. Cela est surabondamment prouvé par les exem ples de sujets qui résistent vigoureusement et longtemps à de dégradations organiques qui étonnent quand on peut en constate l'étendue. Il n'en est pas moins vrai que, tout étant égal d'ailleurs une constitution débile amène l'un ou l'autre de ces deux effets ou bien elle accélère et multiplie les dénoûments mortels, ou bie elle atténue l'activité des mouvements morbides, et de cette at ténuation résultent la tolérance et la lenteur de la marche qu caractérisent les maladies chroniques.

Hérédité. — D'ordinaire, le tempérament, la constitution, son acquis par voie de génération; et comme le tempérament et la con stitution interviennent largement dans la production des maladie chroniques, celles-ci sont bien plus que les aiguës le produit de l'hérédité.

Il est facile maintenant d'apprécier la justesse du mot si connu de Sydenham : *Acutos dico qui ut plurimun Deum habent authorem sicut chronici ipsos nos.* En effet, les maladies aiguës se rattachent particulièrement à la sensibilité, attribut essentiel de la vie. Cette sensibilité est provoquée par les causes énergiquement hostiles qui sont au-dessus de notre portée : révolutions annuelles, intempéries saisonnières, épidémies. Or, comme dans l'univers nous ne connaissons que deux volontés, celle de Dieu et la nôtre, là où celle-ci ne peut rien, nous invoquons la volonté divine. C'est dans ce sens que Sydenham a dit que les maladies aiguës avaient Dieu pour auteur. Ces maladies nous sont imposées par la force des choses ; elles sont les compagnes nécessaires de l'humanité ; nées avec elle, elles persisteront jusqu'à la fin des temps.

C'est nous-mêmes qui nous sommes donné les maladies chroniques. Les causes de ces maladies sont à notre portée ; nous pourrions les empêcher, et nous en avons, au contraire, facilité la formation. Ces causes sont, pour la plupart, une constitution, un tempérament défectueux. Qui les a rendus tels, sinon notre mauvaise manière de vivre ? Non-seulement nous subissons la peine de nos propres fautes, mais nous payons celles de nos aïeux, qui

nous transmettent la déchéance de leur santé. Par une bonne hygiène, par de bonnes alliances hygiéniques, nous corrigerions le mal qui a été fait.

C'est là sans doute un idéal dont l'incurie et la passion humaine empêcheront la réalisation. Toutefois on conçoit cette possibilité et on ne conçoit pas celle de la suppression des maladies aiguës.

§ III. **Transformation d'une maladie aiguë en maladie chronique.**

Je compléterai l'étiologie, dont j'indique les traits principaux, en parlant de la transformation d'une maladie aiguë en chronique. Il faut deux choses pour cela : 1° un abaissement de l'énergie des actions morbides suffisant pour une tolérance à long terme, ou, ce qui est l'équivalent pour le sujet, l'apaisement des réactions sympathiques obtenu par l'assuétude ; 2° une cause qui entretient cette action morbide. Cette cause peut être une complication, un défaut de forces qui ne permet pas à la maladie de suivre son évolution régulière, laquelle mène à la solution. On comprend sans peine comment une débilité locale, générale, entretient un catarrhe, une hydropisie, une suppuration, une plaie, etc. Cette cause agit puissamment sur les vieillards, sur les sujets d'un tempérament lymphatique très-prononcé. La complication intervient de deux manières. Son influence se borne à empêcher les mouvements critiques, à les rendre imparfaits. J'ai dit que ce rôle était fréquemment rempli par l'élément nerveux. La complication est la maladie principale ; l'autre maladie, étant absorbée par elle, en prend la nature et change de nom. C'est ainsi qu'une plaie devient un ulcère syphilitique, qu'une entorse devient une tumeur blanche scrofuleuse, rhumatismale.

Un autre cas est celui où, les forces restant encore conservées et la maladie libre de toute complication, une dégradation organique, assez avancée pour exiger un long et difficile travail de restauration, prolonge la durée de cette maladie.

Enfin, une habitude vicieuse, un stimulus permanent, entretiennent indéfiniment une maladie qui serait sans cela capable de guérir par elle-même en peu de temps.

On se rappelle qu'il y a des maladies aiguës qui deviennent difficilement chroniques, et certaines qu'on n'a jamais observées à ce dernier état. Un sujet atteint de l'une de ces maladies peut rester

non guéri. Alors il s'agit d'un reliquat (suppuration, bronchite chroniques, etc., laissées après elles par une variole, une rougeole, etc.), ou bien ce sera une maladie survenue avant la fin de la première et lui survivant.

§ IV. Symptomatologie comparée des maladies aiguës et des maladies chroniques.

L'acuité, la chronicité, ne changent rien d'essentiel à la nature nosologique d'une maladie, et ce sont au fond les mêmes lésions, les mêmes symptômes. Les lésions se formant vite dans les aiguës, les empêchements fonctionnels acquièrent brusquement un haut degré; les intolérances provoquent des accidents sympathiques; la fièvre, leur compagne habituelle, est aussi souvent consécutive que primitive. Dans les chroniques, la fièvre n'apparaît que vers la fin, quand le mal a pris des proportions qui le rendent intolérable; c'est presque toujours une fièvre de réaction. Naturellement, le tableau que présentent les aiguës est plus chargé d'événements, de péripéties. Les lésions se multiplient, disparaissent et se déplacent avec facilité, en sorte que la physionomie du mal peut changer en très-peu de temps.

Dans les chroniques, la sensibilité est bien moins mise en jeu. Les lésions sont incomparablement plus fixes. Plusieurs de ces lésions exigent, pour se former, certaines particularités de structure qui rendent leur formation impossible dans d'autres parties; il suffit de nommer les anévrismes, les varices, etc. Sauf les cas de maladies dont la cause est locale, et qui consistent en une altération organique, il ne faut pas se hâter de regarder comme idiopathique la lésion qu'on a diagnostiquée. Soit une phlegmasie, une fluxion, une hydropisie chroniques : avant de nous prononcer sur leur compte, fouillons, au préalable, dans le passé du malade, interrogeons l'hérédité, et nous reconnaîtrons souvent qu'elles ont une racine cachée qui peut être très-variable. Chomel rattachait le plus grand nombre des maladies chroniques aux diathèses scrofuleuse ou rhumatismale. Ces diathèses ne sont pas les seules; il faut inscrire sur la même ligne les diathèses goutteuse, syphilitique, herpétique. Toutes les diathèses, en un mot, peuvent se manifester par des lésions qui ne sont pas habituellement les leurs. Les affections chroniques sont donc assez fréquemment larvées.

Les aiguës peuvent certes se manifester sous une forme larvée. Mais précisément à cause de leur impétuosité, elles ont généralement plus de franchise. Les difficultés du diagnostic viennent plutôt de la multiplicité et de la mobilité des lésions.

§ V. Diagnostic comparé des maladies aiguës et des maladies chroniques.

Je fais remarquer que, dès le commencement d'une maladie aiguë, le sujet se sent souffrant, se déclare malade, et le médecin constate aisément la vérité de son assertion. Il n'en est pas ainsi de beaucoup de maladies chroniques dont le début passe inaperçu. Combien de phthisies, par exemple, qui ne se révèlent par des symptômes sérieux que lorsqu'elles ont fait de notables progrès! Mais supposons acquise de part et d'autre cette première notion vague de l'état morbide : quelles sont les facilités et les difficultés que l'on rencontre de chaque côté pour le diagnostic ?

Les symptômes des maladies aiguës sont nombreux ; l'attention est fortement éparpillée en sens divers. La confusion des lésions qui dépendent directement de l'affection avec celles qui sont purement sympathiques, est aisée. Les événements sont pressés. Faut-il agir sur-le-champ ou attendre ? Dans le cas où l'action est jugée nécessaire, que faut-il combattre ? On est souvent forcé d'improviser le diagnostic, car on s'exposerait à perdre un temps précieux. Tout cela exige un jugement prompt et sagace. C.-L. Dumas[1] fait à ce sujet une réflexion fort juste : quand on a lu une observation de maladie aiguë, il est plus d'une fois difficile d'en déterminer l'espèce nosologique. S'agit-il au contraire d'une maladie chronique, il est moins malaisé de lui donner son vrai nom. Les difficultés que rencontre le diagnostic des maladies aiguës viennent non-seulement de la nature des choses, mais encore, dans le cas d'une observation écrite, de la manière dont elle a été rédigée. L'observateur peut avoir été infidèle sans s'en douter, si, par exemple, il a mis en saillie des symptômes accessoires qui l'ont frappé, aux dépens des symptômes principaux qu'il n'a pas suffisamment remarqués, suivis et décrits, et l'erreur commise a de nombreuses chances pour passer dans l'esprit du lecteur.

[1] Dumas; *Doctrine génér. des malad. chroniques*, pag. 23.

Dans les maladies chroniques, il y a relativement peu de symptômes, on les fait tous aisément entrer dans un cadre limité. Les données étant à la fois plus exactes et en petit nombre, le problème est moins compliqué. Je compare volontiers une maladie chronique à une peinture où l'on n'a mis que peu de figures. Le spectateur saisit alors sans trop de peine le sens de l'action que l'artiste a voulu exprimer. Il faut, au contraire, de la réflexion et de la sagacité pour comprendre une scène qui a pour acteurs un grand nombre de personnages.

Ajoutons à cela que la plupart des affections chroniques sont spécifiques, et par conséquent marquées ordinairement par des symptômes significatifs. Grimaud dit à ce sujet que l'état spécifique mérite surtout d'être considéré dans l'état chronique; c'est peut-être, ajoute-t-il, une des différences les plus essentielles qu'offrent, comparées à un point de vue purement médical, les maladies aiguës et les maladies chroniques. Cette assertion n'est pas entièrement exacte, car il y a des maladies aiguës qui sont spécifiques. Mais comme la plupart des diathèses sont, elles aussi, spécifiques, la remarque de Grimaud est vraie pour la majorité des cas, et sauf les exceptions qu'il faut toujours admettre, la goutte, le rhumatisme, la scrofule, le rachitisme, la phthisie, les dartres, le scorbut, la teigne, etc., sont aisément diagnosticables.

Enfin, quand il s'agit d'une maladie chronique, on a plus de temps devant soi, on multiplie les investigations en les contrôlant l'une par l'autre, et il est moins urgent de se décider.

On a donc, en somme, plus de chances pour parvenir au diagnostic des maladies chroniques; ce qui n'empêche pas qu'il n'y en ait qui sont très-difficiles à reconnaître, tandis que le diagnostic de certaines maladies aiguës est très-aisé.

§ VI. **Périodes des maladies aiguës et des maladies chroniques.**

Période de dégradation, période de restauration, telle est, on s'en souvient, la division que j'ai admise. Il y a sous ce rapport des différences notables entre les deux genres de maladie.

Les aiguës sont évidemment plus susceptibles de prendre les allures synergiques, de revêtir le caractère d'une fonction médicatrice. Ces tendances s'observent aussi dans certains cas de maladies chroniques : telles sont, par exemple, les scrofules qui se-

dissipent quelquefois spontanément à l'époque de la puberté. Sauf le temps employé, tout se passe comme dans les maladies aiguës qui se terminent le plus heureusement. Les crises favorables au point de vue de l'état général, les scènes locales ayant pour résultat d'arrêter les progrès d'une lésion organique, d'en réparer les dégâts, ne sont pas très-rares dans les maladies chroniques, et il ne faut pas beaucoup chercher pour trouver des observations à l'appui. Ce sont ces observations, où tout se passe pour le mieux, qui ont suggéré les méthodes imitatrices, admises pour le traitement des maladies chroniques et utilisées par le chirurgien comme par le médecin. Il est donc certain que dans ces dernières, et les circonstances aidant, la période de restauration peut se développer aussi nettement, aussi franchement que dans les maladies aiguës.

On comprend sans peine pourquoi il n'en est pas plus souvent ainsi. La maladie chronique est constituée par une viciation du tempérament général ou local. Sous le couvert de la tolérance qu'explique la modération des actes de la première période, des habitudes mauvaises s'établissent, les altérations matérielles vont croissant, les mouvements morbides tendent à former un tout équilibré, durable [1]; fréquemment des crises partielles, ménagées de temps en temps, favorisent l'établissement de cet équilibre morbide. De là, la rareté relative d'une période de restauration efficace. Est-ce à dire pour cela que cette période doit être rejetée pour les maladies chroniques? On se tromperait fort, car le but du praticien est de combattre les obstacles qui s'opposent à sa formation, de la provoquer de toutes les manières.

En anatomie pathologique, on distingue avec raison deux périodes principales dans l'évolution totale des produits plastiques : 1° période de développement; 2° période de décadence. La clinique tient compte des variations que ces périodes présentent quant à leur durée respective, quant aux conséquences qui résultent des faits de chacune, pour les parties voisines et pour l'ensemble. Ces détails sont du ressort de la pathologie spéciale.

[1] Voir le chapitre des *Diathèses*.

§ VII. **Pronostic des maladies aiguës et des maladies chroniques.**

Plus une maladie a les caractères d'une fonction, plus son pronostic est rassurant. Sous ce rapport, l'avantage est incontestablement du côté des maladies aiguës. Mais dans les cas, malheureusement fréquents, où la période de dégradation progresse sans efforts médicateurs efficaces, cet avantage revient aux maladies chroniques dont les pires sont mortelles à long terme, dont plusieurs sont ordonnées pour une durée presque indéfinie. Des deux côtés, plus il y a tolérance, plus les actes hygides importants sont respectés, plus on peut espérer la conservation de la vie. Des deux côtés encore, le bon état des forces, la présence de signes de la période de restauration, font prévoir un dénoûment heureux. La persistance, le progrès des symptômes de la période de dégradation, ont une signification contraire.

Les vieillards ont moins de chances de guérir d'une maladie chronique; mais comme la tolérance s'établit chez eux plus facilement, le moment de la mort est d'autant retardé. Tant que les crises partielles d'une maladie chronique conservent leur régularité et n'attaquent pas trop fortement la substance des organes qui en sont le siége, on peut compter sur la tolérance et l'on tient le sujet comme étant pour longtemps encore en sûreté. L'horizon s'assombrit lorsque l'altération des organes est devenue telle que la sensibilité et l'irritabilité du sujet s'en émeuvent. Alors le système entier est condoléant et réagit; la maladie prend de plus en plus les allures de l'acuité, et comme ces réactions n'ont rien de médicateur, les jours du malade sont comptés. Telle est la signification de la fièvre.

L'état cachectique est toujours fâcheux partout où il se rencontre. Le traitement des maladies chroniques est alors toujours difficile, et trop souvent il n'ajourne la mort que pour peu de temps.

Il va sans dire que le pronostic est modifié selon la nature plus ou moins curable de la maladie, selon que l'on possède ou non des agents efficaces contre elle.

---

§ VIII. Thérapeutique des maladies aiguës et des maladies chroniques.

Cette thérapeutique se déduit de ce qui précède.

Dans les maladies aiguës, les bons instincts organiques ne sont d'ordinaire qu'empêchés, opprimés. Ils existent virtuellement; on peut par conséquent les réveiller, les favoriser. Dans la plupart des chroniques, au contraire, ces instincts sont viciés et l'on ne peut compter sur leur coopération spontanée.

Les deux thérapeutiques sont donc notablement différentes.

Celle des maladies aiguës est l'expectation, ou bien la médecine agissante, qui ressortit à la méthode dite naturelle. Les cas où la maladie aiguë doit être directement combattue forment l'exception.

C'est l'inverse à l'égard des maladies chroniques. Il faut transformer les instincts, détruire un tempérament morbide fortement établi; de là, la nécessité d'une action directement antagoniste. L'intervention du chirurgien est fréquente, et elle est indiquée par la présence de lésions qui sont au-dessus de la portée de la faculté médicatrice.

On ne peut, dans ces cas, compter sur la spontanéité d'une cure radicale. Il y a plutôt lieu de redouter le contraire, et l'on a pensé qu'il pouvait être avantageux de transformer une maladie chronique en maladie aiguë à l'aide d'une excitation artificielle. Ce procédé, recommandé par Hippocrate *(Vetustos morbos primum recentes facere oportet)*, est périlleux et n'est guère de mise que lorsque la chronicité est attribuée à la langueur, à l'apathie vitales: dans certaines scrofules, par exemple. Si l'on est assez habile pour ne pas dépasser le but et donner juste à la maladie l'activité qui convient, on obtient les bénéfices de l'acuité sans en avoir les inconvénients. On lira avec fruit, sur ce sujet, le *Traité des maladies chroniques* de Bordeu.

L'impossibilité d'une cure radicale étant reconnue, il faut songer à faire durer la maladie chronique avec aussi peu d'inconvénients que possible pour le sujet. Cette thérapeutique, qui rappelle celle des maladies aiguës, peut rendre de grands services et est trop souvent dédaignée. Elle est de rigueur lorsque le praticien a des raisons pour penser que la maladie préserve le sujet d'un plus grand mal. Je renvoie le lecteur, pour le complément de ces idées,

au chapitre de la *Diathèse* et à la partie de cet ouvrage consacrée à la thérapeutique.

ARTICLE IV. — TERMINAISON DES MALADIES.

Le mot *terminaison* appartient à la langue des grammairiens; il est synonyme de *désinence,* chose arbitraire et de convention. La fin des maladies a été plus heureusement nommée par les Latins, *morborum eventus*. Cette fin est, en effet, un dénoûment plutôt qu'une désinence. Elle rappelle la manière dont les actions théâtrales se dénouent, et, comme elles, est une résultante de ce qui a précédé. *Terminaison* est pourtant une expression consacrée par l'usage.

Les maladies ont deux manières les plus générales de finir : elles prennent leur développement complet, et ont un vrai dénoûment; elles sont arrêtées dans leur marche, et ce sont alors des maladies *tronquées*. Avant de parler des maladies qui ne se dénouent qu'après leur développement complet, je dois dire quelques mots de celles qui sont brusquement arrêtées avant d'avoir acquis ce développement.

§ I. **Maladies tronquées.**

Leur cause malheureusement la plus commune est la mort, quel que soit son mécanisme ; un accident, une maladie surajoutée, les événements mêmes de la maladie.

La maladie intercurrente peut ne pas être mortelle, et se substituer à la première qui disparaît alors définitivement.

Enfin, la maladie protopathique change de mode. D'aiguë qu'elle était elle devient chronique, ou bien de chronique elle devient aiguë.

Dans les cas les plus heureux, l'arrêt brusque est suivi d'une santé complète. C'est ainsi qu'une fluxion, une phlegmasie, une fièvre jaune, un choléra, etc., peuvent être arrêtés dans leur marche ascendante, au grand avantage du sujet.

Il y a des maladies qui ne sont *tronquées* qu'en apparence. Une maladie peut interrompre son cours, pour le reprendre ensuite. Dans certains cas de maladies aiguës et surtout de maladies chroniques, l'interruption est tellement longue qu'elle fait croire à

une guérison complète. J'aurai à m'expliquer sur ce sujet à l'article *Rechute*.

Quelques maladies (pyrexies exanthématiques, fièvre typhoïde) ne peuvent guère être arrêtées dans leur cours, et il y aurait péril à essayer de le faire.

Les autres maladies sont, avec plus ou moins de difficultés, susceptibles d'être arrêtées avant le temps normal. Ces difficultés diminuent à mesure qu'on est plus près de leur début.

Quand la marche d'une maladie doit-elle être respectée? quand le sujet a-t-il intérêt à ce qu'on l'arrête? Ces questions sont essentiellement pratiques.

La règle est qu'il faut s'efforcer d'interrompre la marche de toute maladie que l'on peut faire disparaître entièrement; il n'en est pas ainsi quand on laisse subsister la cause interne de cette maladie. Alors les actes morbides ne devront pas être supprimés, à moins qu'on n'ait devant soi une localisation dont les conséquences sont plus dangereuses que toutes les autres manifestations possibles. Combattons à outrance et au plus tôt toute fluxion, toute phlegmasie siégeant au cerveau, à la moelle épinière, au cœur. Pour les autres organes, il suffit de modérer la lésion, afin de la faire arriver à celui de ses dénoûments qui est le plus souhaitable, la résolution par exemple, s'il s'agit d'une phlegmasie viscérale. De tout temps, les bons praticiens ont pensé qu'il fallait se comporter ainsi à l'égard de la pneumonie, et non s'efforcer de la tronquer. Les statistiques modernes donnent raison à cette opinion.

Les fâcheuses conséquences de l'oubli de la règle que je viens de poser, ont été depuis longtemps remarquées. Quand on parle de *maladies qu'il est dangereux de guérir*, on fait allusion aux manifestations morbides supprimées avant la cessation de la cause diathésique ou autre d'où elles proviennent. Il faut les rendre tolérables et non les supprimer. La prudence ordonne de ne chercher à les remplacer par d'autres que lorsqu'il est démontré que le siége de ces manifestations est dangereux. Sachons résister aux instances des malades qui veulent être débarrassés de suite de tout ce qui leur est un sujet de douleur ou même de simple incommodité.

Il n'en est plus de même si la maladie ne se rattache pas à un besoin intérieur, mais dépend seulement d'une cause locale. C'est

alors le cas de l'arrêter le plus tôt possible. Tout acte morbide inutile est fâcheux. Donc, en même temps que l'on procède au traitement de la cause, on doit s'opposer énergiquement à la marche de la lésion. Il y a là avantage et nul inconvénient, car cette lésion est de pure souffrance, n'a aucune racine dans l'ensemble, ne remplit pas de *rôle satisfactoire*. C'est pourquoi l'indication de tronquer les maladies est si commune en chirurgie. N'oublions pas qu'une maladie qui dépendait primitivement d'une cause locale devient, si elle est négligée et par le fait de son ancienneté, une maladie d'habitude, et qu'elle est alors liée à l'ensemble. Ce cas rentre dans celui des maladies à racine persistante.

On le voit, tout se réduit à ceci : l'acte morbide est-il utile? est-il inutile? Dans la première hypothèse, il convient de le respecter tant qu'il conserve ce caractère ; dans la seconde, il faut l'arrêter.

La suppression des actes morbides n'est pas, il s'en faut, une chose toujours aisée; plus ils sont dynamiques, et plus grande est notre puissance sur eux. On se rendra plus facilement maître d'une fluxion que d'une phlegmasie. Les lésions constituées par une altération moléculaire de l'ordre de celles qui s'accomplissent dans la nutrition, résistent beaucoup, et fréquemment l'emploi des moyens chirurgicaux devient nécessaire. Le lecteur trouvera de plus amples détails sur la conduite à tenir, dans les chapitres de la thérapeutique où il est question de la répercussion, de la révulsion, de la dérivation, de la perturbation.

§ II. **Crise**.

Ce mot doit être expliqué étymologiquement; non pas que je veuille le définir ainsi, mais cette recherche a une valeur historique, et jettera quelque lumière sur la question.

Κρίσις, dont les Latins ont fait *crisis*, et nous *crise*, vient du verbe κρίνω, qui entre autres significations a les suivantes : 1° je trie, je choisis, je sépare ; 2° je combats ; 3° je porte une sentence. De là trois interprétations : La crise est le triage d'un stimulus hétérogène (matière peccante) suivi de son assimilation ou de son expulsion, conformément à la doctrine humoriste de la crudité et de la coction. La crise suppose une lutte entre la nature médicatrice et une autre nature qui est essentiellement malfaisante, dualisme chéri

du vulgaire et admis par plusieurs médecins. Dans la troisième interprétation, le malade est comparé à un plaideur, à un accusé subissant son arrêt. Chacune de ces interprétations, en l'admettant, bien entendu, comme métaphorique, contient quelque chose de vrai. Il y a, en effet, des crises où une matière hostile est modifiée et éliminée ; dans beaucoup de maladies on constate des mouvements favorables et des mouvements contraires, et cela rappelle assez bien un combat, une lutte; enfin, ce n'est pas trop forcer l'analogie que de trouver une ressemblance entre un accusé et un malade au moment où leur sort va être fixé. Ces diverses manières de voir peuvent donc servir à titre de renseignements.

Il est plus important de savoir ce que les bons auteurs ont pensé de la crise. « Il y a crise dans une maladie, dit Hippocrate[1], lorsqu'elle prend une couleur tranchée, lorsqu'elle augmente ou diminue considérablement, lorsqu'elle dégénère en une autre ou qu'elle cesse entièrement.» Cette opinion est conforme au sens que les Grecs donnaient au mot *κρίνομαι*, passif de *κρίνω*, par lequel ils désignaient tout ce qui prend un caractère décisif. Elle est restée dans le langage vulgaire, dans lequel toute maladie qui se déclare nettement, qui s'exaspère, qui subit un changement notable, est à l'état de crise. Une attaque de nerfs, d'épilepsie, un paroxysme plus véhément que les autres, sont appelés crises par les gens du monde.

Les médecins ont trouvé trop complexe le fait de la crise aussi largement conçu, et ont pensé que la crise de la fin méritait par son importance spéciale d'être séparée des autres et étudiée à part. Hippocrate, comme on vient de le voir, n'y a pas manqué, et c'est en suivant son exemple qu'on est venu à réserver le nom de crise pour l'événement saillant qui termine le cours de beaucoup de maladies. Tout ce qui précède ce moment, quel qu'en soit le caractère heureux ou funeste, a cessé de s'appeler crise. Celle-ci se trouve à la fin des maladies et non ailleurs. Le Dictionnaire de l'Académie a consacré ce parti, déjà adopté par les médecins. Pour lui, la crise est le dénoûment d'une maladie.

D'après ce que j'ai dit précédemment, la crise est un fait appartenant à la période de restauration; la vraie crise suppose une évo-

[1] Hippocrate; lib. *de affection*. Van der Linden, II, pag. 165. Cité par Chomel; *Path. gén.*, pag. 336.

lution complète à la suite de laquelle l'état morbide prend fin. S'il n'y a pas restauration, l'état morbide s'aggrave de plus en plus.

Ne confondons pas avec la crise jugeant l'état morbide, les scènes médicatrices partielles qui réparent les désordres locaux, qui impriment à la marche de la maladie un caractère de modération, et qui établissent un certain ordre favorable à la prolongation de la vie. Ces actes médicateurs ne font rien contre l'état morbide, qu'ils laissent tout entier en le renforçant. La sueur est critique de l'accès de fièvre seulement, et non de l'état morbide intermittent. L'attaque de goutte donne satisfaction à un besoin actuel, mais non à l'état morbide goutteux. D'un autre côté, une éruption, un ulcère syphilitique, scrofuleux, peuvent guérir sans que les états morbides de ce nom soient diminués.

La crise sur laquelle je porte l'attention est celle qui dissipe l'état morbide, cause prochaine, génératrice de la maladie. La cessation de l'état morbide est le fait essentiellement caractéristique de la crise telle que je la présente ici. Il n'est pas rigoureusement nécessaire que tous les actes morbides aient disparu. Ainsi, l'on dit qu'une fièvre catarrhale est guérie malgré la présence de l'*herpes labialis* qui lui a servi de crise; on affirme la guérison d'une affection péripneumonique lors même que le stéthoscope signale un râle crépitant ou tout autre symptôme indiquant que les organes malades n'ont pas repris l'intégralité de leur structure normale et de leur fonctionnement hygide.

Testa, cité par Chomel[1], a voulu étendre la doctrine des crises aux maladies traumatiques. C'est, dit-il, ordinairement les 4e, 7e, 11e, 14e, 20e jours qu'il s'opère dans les plaies des changements décisifs, que surviennent la rupture des abcès, les évacuations favorables, de même que les accidents funestes, convulsions, tétanos, etc. Certes, le cours des maladies traumatiques est ordonné comme celui des autres ; toutefois la spontanéité vitale est loin de s'exercer de la même manière des deux côtés. Nous verrons que les maladies provoquées et n'ayant d'autre raison d'être que la provocation, n'ont pas de crises. Leur évolution et leur fin sont subordonnées à la présence du stimulus ou de la lésion produite. Une ophthalmie qui cesse après l'enlèvement d'un corps étranger, la restauration d'une partie blessée, ne ressemblent que de bien loin à

[1] Chomel; *Pathol. génér.*, pag. 360.

la vraie crise. En tout cas les chirurgiens n'ont pas confirmé les observations de Testa. Les conclusions générales qu'il en tire ne sont donc pas fondées. Les maladies qui dépendent exclusivement d'une provocation ont une manière de finir qui n'est pas celle des autres. Ce ne sont pas elles qu'il faut étudier pour avoir la notion de la crise.

Les maladies locales non chirurgicales ont des dénoûments dans lesquels il est impossible de ne pas reconnaître une crise. Chacune a ses crises habituelles, qui diffèrent nécessairement selon la nature propre de la maladie. Ainsi, le phlegmon, l'angine, ont leurs modes critiques appropriés. L'enseignement de ces sortes de crises fait évidemment partie de la pathologie spéciale. Les seules crises dont la pathologie générale puisse s'occuper sont celles qui terminent les maladies de l'ensemble. Ces crises peuvent se présenter dans plusieurs maladies, même les plus diverses, et se ressemblent suffisamment entre elles pour former une famille naturelle ayant même physionomie, et que l'on doit faire connaître dans un livre tel que celui-ci.

En résumé, la crise que je vais étudier est l'effort qui clôt l'évolution des maladies générales. Cet effort est partout semblable quant au but; il se réalise par des phénomènes qui, quoique variables, ont entre eux de notables analogies. Ces crises diffèrent de celles qui sont propres aux actes morbides locaux en ceci, qu'elles n'appartiennent d'une manière exclusive à aucune espèce pathologique. La crise ne se montre pas dans toutes les maladies, elle n'existe que dans certaines, et même, ainsi que nous le verrons, n'en est pas le dénoûment nécessaire. Je viens de faire connaître, dans ces quelques lignes, l'objet du travail spécial que j'entreprends.

La crise est un dénoûment; il y a, comme dans le dernier acte d'un drame, mouvement et péripétie, intérêt porté au plus haut degré. Ce dénoûment est lié aux scènes qui précèdent, il est motivé, préparé par elles. Il met un terme aux causes qui ont fait engager l'action et à l'action elle-même, et, pour compléter la ressemblance, il y a de bonnes et de mauvaises crises, comme il y a des dénoûments heureux et des dénoûments tragiques.

L'effort critique est d'autant plus appréciable qu'il s'accomplit en peu de temps. Il l'est bien moins quand il développe lentement

ses phénomènes. Les maladies aiguës sont celles qui en présentent les exemples les plus complets; là évidemment l'étude en est plus facile.

Toutes les maladies aiguës qui ne sont pas arrêtées dans leur développement et qui arrivent à leur fin naturelle, ne présentent pas l'appareil de la crise. Dans les cas qui sont dépourvus de cet appareil, on peut penser que la crise existe, mais n'est pas apercevable, à cause de l'extrême atténuation des phénomènes par lesquels elle s'exprime; on peut supposer aussi que l'état morbide s'use progressivement et épuise sa force sans aucun effort spécial, distinct des autres par son énergie et par ses phénomènes. Cette dernière opinion me semble la plus plausible. Ce qui est certain, c'est que plusieurs maladies, entre autres des névroses, des névralgies, la coqueluche, quelques pyrexies intermittentes, etc., finissent en s'effaçant peu à peu, sans qu'on puisse y reconnaître un dénoûment à physionomie accentuée et tranchant sur tout le reste. Les anciens appelaient *lysis* (de *λύσις*, action de délier) ce mode de solution des maladies.

Il est impossible de diviser les maladies en celles qui ont des crises et en celles qui n'en ont pas. Celles qui en ont habituellement peuvent en manquer; celles qui d'ordinaire n'en ont pas peuvent en présenter. Pourquoi ces exceptions à la règle? on l'ignore. Je me contente de dire que les praticiens aiment à constater des crises dans les maladies où elles se montrent habituellement. Ils pensent qu'alors la guérison est plus rapide, plus assurée, plus à l'abri des rechutes. Cela est particulièrement vrai des maladies locales. Il faut, en effet, se méfier généralement des suites d'une angine, d'une phlegmasie non réactive, à la fin desquelles on n'observe pas les symptômes de leurs crises naturelles.

Quelles sont les maladies générales dans lesquelles les crises sont le plus fréquentes? Ce sont les maladies aiguës. On peut les rencontrer dans les maladies chroniques, mais elles y sont rares, plus rares que ne le croyait Bordeu. En examinant de près les observations citées comme preuves de crises des maladies chroniques, on s'assure que plus d'une fois la guérison s'est opérée par une substitution et non par une vraie crise.

Les maladies aiguës où les crises se montrent le plus souvent et sous leur forme la plus complète, sont les pyrexies dans les-

quelles la majorité admet une altération des humeurs: fièvres inflammatoire, bilieuse, catarrhale; celles qui s'accompagnent d'une lésion des solides (fluxionnaire, phlegmasique ou autre). Au contraire, plus une maladie a le caractère nerveux, c'est-à-dire plus la forme et la structure de la substance organique restent intactes, moins elle est susceptible de crises.

Toutes les crises se font-elles à l'avantage du sujet? Non. Pourquoi cela, puisque la crise met fin à la maladie en supprimant sa cause génératrice? La crise, ai-je dit, est un effort, une série nouvelle de phénomènes pathologiques s'ajoutant aux précédents, et augmentant par conséquent le désordre des fonctions en même temps qu'il exige une plus grande dépense de forces. Admettons, ce qui n'est pas rare, que la manifestation critique soit par elle-même une maladie grave, ou bien qu'elle devienne telle parce que le sujet manque de tolérance et d'énergie: il en résultera des accidents mortels. La maladie est jugée; mais le malade, par suite des conditions fâcheuses dans lesquelles il reste placé, est dans l'impossibilité de vivre. Il y a des victoires funestes à celui qui les gagne. N'oublions pas que la crise arrive à la fin de la maladie au moment où le sujet est affaibli et impressionnable. Aux deux extrémités de la vie, époques où les forces radicales laissent beaucoup à désirer, on observe des cas (fièvres exanthématiques, péripneumonies) dont la marche est bonne, dont les crises sont irréprochables; et cependant l'enfant, le vieillard, meurent. C'est le travail coûteux de la crise qui a amené la catastrophe. On peut donc mourir d'une crise régulière lorsque celle-ci épuise l'énergie disponible; à plus forte raison lorsque la crise n'est pas tout à fait ce qu'elle devrait être. Les crises sont comme les maladies; il en est qui prennent une extension excessive, d'autres qui sont placées dans des parties incapables de réaliser convenablement le travail qui leur incombe, et dont la lésion a de graves conséquences. Soit une fluxion érysipélateuse critique: si elle se porte et se limite dans son siége naturel qui est la peau, tout va bien; mais la fluxion aboutit-elle dans le tissu cellulaire sous-cutané, elle devient un phlegmon diffus; se dirige-t-elle du côté des organes intra-crâniens, elle devient une méningite. En sorte que le sujet débarrassé d'une maladie est atteint d'une autre qui est pire. Enfin l'acte morbide critique, quoique siégeant sur la partie qui convient, peut, en se montrant excessif, en se prolongeant outre me-

sure, porter au sujet un grave préjudice. Chacun conçoit sans peine pourquoi l'on meurt d'une hémorrhagie, d'une diarrhée, d'une expectoration, d'une gangrène, d'une purulence critiques.

Le solution d'une maladie et la guérison du malade ne sont donc pas des choses identiques. Les conséquences d'une crise peuvent être fatales comme les conséquences d'une opération chirurgicale qui a débarrassé le sujet de la maladie pour laquelle elle a été pratiquée.

Ainsi, l'idée de la crise n'emporte pas nécessairement avec elle celle du retour à la vie hygide. Toutefois, ce retour étant la règle, le mot crise est pris habituellement dans un sens favorable. Alors la crise a tous ses caractères médicateurs, non-seulement par tendance, mais dans ses suites. C'est de ce côté qu'on se plaît à l'étudier, à en suivre l'évolution, à en chercher les conditions, à en formuler les lois; je suivrai cet exemple, et après avoir, comme je viens de le faire, indiqué les principales raisons qui font exceptionnellement un instrument de mort de ce qui devrait être un instrument de salut, je passe à l'examen des crises qui sont suivies du rétablissement de la santé.

Ces crises ont trouvé des opposants et des sceptiques, et parmi eux on compte, je l'avoue, des hommes considérables. L'idée de crise n'est donc pas de celles qui s'imposent forcément ; elle est le produit d'une interprétation des faits, d'une induction, et exige un travail mental que tout le monde ne fait pas de la même manière. Avec des ressources dans l'esprit, on peut soutenir toutes les causes en ce genre ; c'est ce qui a eu lieu en ce qui concerne les crises. On leur a fait des objections très-spécieuses dont il s'agit d'apprécier la valeur.

Je note d'abord les opposants qui rejettent les crises parce qu'elles sont incompatibles avec les principes physiologiques adoptés par eux. Évidemment, il n'y a pas place pour les crises dans un système matérialiste qui assimile le corps vivant aux machines industrielles. Les progrès incessants de l'anatomie ont donné à Asclépiade une lignée nombreuse et variée. Toutes les écoles venues de là devaient logiquement repousser une interprétation des faits qui implique un pouvoir en dehors des propriétés de la matière et des lois nécessaires du monde brut.

Pour croire aux crises, il faut être vitaliste, et même vitaliste

d'une certaine manière. Paracelse, qui assujétissait le corps vivant à des influences souveraines, particulièrement sidérales; van Helmont, qui se croyait assez maître de son archée pour pouvoir, à volonté, arrêter les maladies dès leur commencement, s'éloignaient, au sujet des crises, du sentiment de la majorité. Le premier les niait par des raisons qui n'étaient pas les mêmes que celles des matérialistes, mais qui étaient aussi concluantes dans le même sens. Van Helmont, plus confiant dans la puissance de son art que dans celle de la nature vivante, trouvait imprudent d'attendre les crises, puisque d'après lui il était possible de débarrasser le sujet de sa maladie, à une époque quelconque du cours de cette dernière. Les adversaires de ce genre se dispensent d'examiner le fait en litige. Celui-ci est rejeté *à priori* et sans examen, parce qu'il est en désaccord avec des principes dont la fausseté a été démontrée ailleurs.

Nous pouvons donc laisser de côté les arguments purement théoriques. Il vaut mieux nous renseigner auprès de ceux qui ont pris le parti d'observer: ce sont les praticiens.

Les praticiens qui voient de près et familièrement les faits appelés critiques, sont plus compétents pour les comprendre et en formuler la signification. C'est pour cela que l'opposition faite par Celse manque d'autorité : Celse n'était pas praticien.

Presque tous les médecins cliniciens ont affirmé l'existence des crises. Les plus célèbres, Sydenham, Baillou, Rivière, de Haën, Stoll, etc., en ont été les plus chauds partisans. Ceux que leur système médical conduisait à la négation, ont été forcés de se contredire dès l'instant qu'ils ont dû porter un jugement fondé sur la pratique. Broussais a donné cet exemple d'une façon éclatante.

« Nier les crises, dit M. Pidoux, c'est nier la pathologie; de même que nier les évacuations physiologiques, espèces de crises normales, c'est nier la physiologie. » C'est qu'en effet, dans le corps vivant, tout procède à la façon des crises, et les actes normaux qui se répètent depuis la naissance jusqu'à la mort, et ceux qui les remplacent accidentellement. Le dernier temps de la fonction d'une glande, ou temps d'excrétion, est une espèce de crise comparable à ce qui se passe à la fin des maladies. Personne n'a fait remarquer aussi bien que Bordeu les analogies qui existent entre le mode de dénoûment des fonctions hygides et celui des opérations pathologiques. Partout, dans son œuvre, il reprend ce sujet,

et le traite avec une verve, une sagacité et un bon sens incomparables. Les évacuations hygides satisfont et font cesser un besoin, et alors l'organe se repose jusqu'à ce qu'il recommence son travail. Dans plusieurs cas ces évacuations sont précédées d'un appareil de phénomènes très-prononcés : coït, parturition, fièvre de lait. Nous rencontrons à chaque pas les faits d'érection, de synergie, de *consensus* des parties pour remplir les fonctions vitales : crises des âges, des tempéraments, des saisons, des époques climatériques. L'analogie avec les crises pathologiques est frappante. Celles-ci ne sont donc pas des faits isolés, extraordinaires; nous devons plutôt y voir une des expressions multiples de la loi générale qui gouverne le corps tant en santé qu'en maladie, et une preuve de plus de l'unité du dynanisme vivant. Prouvons qu'il en est ainsi, malgré les objections formulées contre les idées traditionnelles.

Ce ne sont pas évidemment les faits sensibles que l'on conteste, mais leur interprétation. Tout le monde reconnaît que beaucoup de maladies sont guéries à l'aide de certaines évacuations, de certaines éruptions. Quel rôle remplissent ces évacuations, ces éruptions dans l'événement ? C'est là-dessus qu'on ne s'entend pas.

Une manière de voir adoptée par les adeptes logiques de l'école organicienne limiterait beaucoup, si elle était vraie, la notion de la crise. Je vais la faire connaître.

Elle repose sur ce principe que toute maladie est locale dans son commencement. On ajoute que cette lésion primitive est une irritation phlegmasique, et l'on explique les faits critiques en disant qu'ils sont constitués par le déplacement de l'irritation. La crise est heureuse quand l'irritation passe d'un organe important à un autre qui ne l'est pas, d'un viscère à la périphérie. Quand c'est l'inverse, la crise est malheureuse.

Une semblable opinion me semble insoutenable. Elle supprime les maladies générales et ne tient compte que des lésions par phlogose. Bien que, sous ce rapport, elle contredise les auteurs qui passent pour s'être occupés des crises avec le plus de succès, acceptons-la pour un moment comme vraie. La crise n'est donc que le déplacement d'une phlogose ; mais très-souvent la phlogose trouve sa crise sur place, sans qu'on aperçoive les traces d'une autre phlogose. Aux termes de la définition, rien dans ces cas ne rappelle une crise. Restent les cas où une phlogose périphérique met fin à une phlogose viscérale. Ici il y a, j'en conviens, un déplace-

ment. Ce sont les faits de ce genre qui ont suggéré la pensée de la méthode thérapeutique par *épispase*, si utile et si souvent employée dans le traitement des fluxions. Mais remarquons qu'une phlogose qui finit ainsi est une phlogose qu'on arrête dans son évolution, une phlogose tronquée. Or, dans la pensée de l'immense majorité, la crise est la solution qu'une maladie trouve en suivant sa marche jusqu'au bout. Il faut bien que la phlogose puisse se dénouer ainsi; car, s'il en était autrement, s'il fallait de toute nécessité qu'elle se déplaçât pour guérir, l'apparition d'une phlogose entraînerait après elle une succession de déplacements à l'infini; la seconde phlogose, crise de la première, en exigerait une troisième, celle-ci une quatrième, et ainsi de suite, ce qui serait absurde. Pour que la maladie finisse une fois pour toutes, il faut, cela est évident, qu'elle trouve en elle-même les conditions nécessaires. Une maladie qui se déplace pour recommencer ailleurs est un fait qui n'est pas la crise. En conséquence, l'interprétation des faits critiques par le déplacement n'est pas acceptable.

Du reste, cette théorie, qui n'a été soutenue que par les intrépides logiciens du broussaisisme, compte aujourd'hui bien peu de partisans. Une autre qui, n'étant imposée par aucune doctrine, est compatible avec toutes, a bien mieux les apparences de la vérité et conserve des adhérents en assez grand nombre. Voici en quoi elle consiste :

Les phénomènes dits critiques ne sont pas l'instrument du rétablissement de la santé; ils sont, au contraire, la conséquence de ce rétablissement. Les organes sécréteurs étaient, pendant la maladie, empêchés ou gênés dans leur fonctionnement. Devenus libres et ayant de copieux matériaux à élaborer, des approvisionnements à dépenser, ils réparent le temps perdu. Les sécrétions recommencent avec une fougue et une abondance proportionnelles à l'arrêt qu'elles ont subi. Voilà pourquoi la fin des maladies est si souvent marquée par des évacuations.

La part de vérité contenue dans cette doctrine était depuis longtemps faite. Strack[1], et tout le monde avec lui, reconnaît qu'il y a au commencement et pendant le cours de la convalescence, des évacuations qui sont l'effet du rétablissement des fonctions hygides. Cette pensée, suggérée par le simple bon sens, s'est pré-

[1] Strack; *Observat. medicinales de febribus intermittentibus*. Ticini, MDCCXCII.

sentée à l'esprit de tous les praticiens ; mais elle devient exagérée et fausse quand on soutient que les évacuations observées pendant et après le dénoûment des maladies ont exclusivement le caractère dont il s'agit.

Avant d'en donner la preuve, faisons une remarque utile. Les partisans de cette manière d'interpréter les phénomènes ne contestent pas la crise; ils disent seulement : la crise n'est pas là où l'on croit la voir. Les choses considérées, avant eux, comme partie constitutive de la crise, n'apparaissent que lorsque cette crise est accomplie. Il est temps maintenant de dire les motifs pour lesquels nous maintenons la vérité de l'opinion traditionnelle.

L'objection repose sur ceci : 1° que les évacuations dites critiques sont de l'ordre hygide ; 2° que ces phénomènes sont postérieurs à la cessation de la maladie.

La première proposition est contraire aux faits. L'expérience enseigne que les crachats, les sueurs, les urines critiques, diffèrent grandement des crachats, des sueurs, des urines de la santé.

Il y a en outre des évacuations critiques dont le caractère extra-hygide, essentiellement pathologique, est incontestable: flux de sang, flux purulent, etc.

La seconde proposition n'est pas plus vraie que la première. Un grand nombre de phénomènes critiques sont étrangers à l'ordre des évacuations: fluxions simples, éruptions, aphthes, phlogoses. En tout cas on ne peut les considérer comme un arriéré de fonctions hygides.

On n'est pas davantage fondé à prétendre que les phénomènes appelés critiques commencent seulement lorsque la maladie a cessé. Il n'est pas possible de soutenir cette opinion, car il est de notoriété qu'au moment de leur apparition la maladie dure encore et redouble fréquemment de violence. Les phénomènes critiques font si bien partie de la maladie que leur suppression intempestive est le signal de la continuation, de l'aggravation, de la réapparition de cette maladie ; tandis que dans l'hypothèse proposée cette suppression devrait n'amener que des conséquences en rapport avec la nature de l'excrétion empêchée.

Nous trouvons d'ailleurs dans les faits hygides des enseignements qui rendent cette hypothèse inadmissible. La fièvre de lait, par exemple, est assez comparable à une maladie qui se termine par une crise, pour que ce qui se passe chez l'une puisse servir

à l'autre. Nous voyons, dans la fièvre de lait, un appareil de mouvements préparés et exécutés en vue de la sécrétion et de l'évacuation du lait. La présence de ce liquide dans les mamelles et sa sortie mettent fin à la fièvre qui a précédé, la jugent en lui donnant satisfaction. Certainement on ne dira pas que le lait coule parce que la fièvre qui empêchait sa sécrétion a cessé : on dira au contraire que la fièvre cesse parce que le lait a coulé. Un flux sudoral dénouant une fièvre catarrhale ou toute autre fièvre, a les mêmes rapports généalogiques avec l'appareil morbide qui l'a précédé. Bordeu a établi cette analogie sur des preuves convaincantes. Je suis donc autorisé à rejeter l'interprétation qui conclut à ne voir dans les crises que le retour aux fonctions provisoirement arrêtées par la maladie qui considère la maladie comme contribuant à la crise par sa cessation seulement, ainsi que cela se passe dans la succession du jour et de la nuit. La crise ne peut être la négation de la maladie, elle est au contraire la maladie travaillant à sa propre fin.

La crise est un fait morbide et non un fait hygide. Elle n'entretient, ne répare rien qui doive durer, et doit elle-même disparaître. Elle met fin à quelque chose qui est vicié dans le dynamisme, et par conséquent dans l'action organique. Ce quelque chose est au-dessus des ressources normales, et a exigé, pour être détruit, un appareil extraordinaire, pathologique. Une fois cette viciation corrigée, la crise n'a plus de raison d'être, les fonctions de la santé reprennent le dessus, et l'action hygide suffit désormais. Les maladies où il n'y a que lésion d'organe par cause extérieure, celles où la lésion du dynamisme n'existe que par suite de la présence d'une cause de ce genre, n'ont rien qui nécessite une crise, et elles guérissent sans elle. Ainsi que je l'ai dit, la cicatrisation d'une plaie n'est pas une crise, pas plus que l'enlèvement d'un corps étranger qui a provoqué et qui entretient une ophthalmie. La crise ne réintègre pas un organe avarié, mais bien un dynamisme vicié. Les scènes réparatrices, la convalescence, qui suivent le retour à l'action dynamique normale, sont la conséquence de ce retour, mais ne sont pas la crise elle-même. Celle-ci lève l'obstacle, et son rôle est fini. La période restauratrice d'une maladie à crise comprend donc deux temps : 1° la crise, qui est proprement une satisfaction donnée à l'état morbide, grâce à laquelle celui-ci est éteint ; 2° la récupération du fonctionnement hygide, qui se fait de soi et natu-

rellement quand la viciation du dynamisme est corrigée. La restauration des organes et des fonctions est si peu la crise qu'elle peut prendre un temps considérable, se prolonger après que le malade est débarrassé de sa maladie. Par exemple, un sujet est guéri d'une fièvre typhoïde au moyen d'un abcès, d'une jetée gangréneuse; l'abcès, la gangrène, survivent à la fièvre typhoïde et ont besoin pour leur compte d'une réparation spéciale. C'est ainsi encore qu'après la solution d'une fièvre péripneumonique le poumon n'est pas, il s'en faut, rentré dans son état normal. Il reste des lésions locales dont il faut tenir grand compte et qui exigent une réparation. Cette réparation peut être laborieuse au point de réclamer un traitement sérieux, et même d'amener la mort. C'est là un des périls possibles de la crise, et j'en ai assez parlé plus haut pour qu'il soit nécessaire d'y revenir. Distinguons donc de la crise la restauration des organes et des fonctions hygides.

J'ai fait justice des objections formulées contre les crises par ceux qui les nient ou les restreignent outre mesure. Je dois relever aussi les exagérations compromettantes qui sont venues de leurs partisans trop zélés. D'après les animistes, tout dans une manifestation morbide quelconque serait disposé en vue de la crise. Au fond, il faut respecter l'impulsion que le corps vivant s'est donnée ; seulement, au besoin, cette impulsion devrait être dirigée et les vices d'exécution corrigés. Souvent il en est ainsi. Mais je ne puis admettre que tous les actes morbides aient ce caractère médicateur. Aucun praticien ne démentira, au moins par sa conduite, la proposition suivante : Il y a dans l'exécution de beaucoup de maladies des tendances malheureuses qu'il convient de combattre de front et de détruire à tout prix. Il s'en faut donc que tous les mouvements morbides aient une direction favorable, et contribuent à la crise. C'est un fait d'expérience que le corps vivant peut s'abandonner à des instincts contraires à sa conservation. On se trompe en exagérant un fait vrai, lorsqu'on considère toutes les manifestations morbides comme présentant une tendance médicatrice. Pour traiter convenablement les maladies, il faut savoir reconnaître si l'impulsion morbide est bonne ou mauvaise. La conduite à tenir est diamétralement opposée selon que l'une ou l'autre de ces qualités prédomine.

Le système humoriste, tel qu'il est représenté par nos devanciers, est un des aspects du naturisme optimiste, et il est par conséquent

passible de l'objection que je viens de formuler. L'interprétation qu'il a donnée des crises est conforme à sa théorie de la matière peccante et de la coction. Ce sont certainement les évacuations si fréquemment observées dans les crises, qui ont fait naître la pensée de l'humorisme dont je parle. J'ai démontré, dans un des articles précédents, l'erreur de ce système pathologique.

Ce qu'il avance au sujet des crises est spécieusement arrangé et forme une série d'idées qui paraissent très-acceptables, une fois admis le principe suivant : quand la constitution du malade est énergique, ou bien quand la *matière peccante* est peu hostile, la solution a lieu sans peine et l'évacuation se fait sans appareil extraordinaire, quelquefois même d'une façon insensible ; mais souvent cette *matière peccante* est active, réfractaire : alors la coction est laborieuse, la crise exige un effort accentué, et l'évacuation est très-apparente. De là, l'ancien adage : *Morbi graves judicantur, leves solvuntur.*

Si la *matière peccante* insuffisamment élaborée et seulement expulsée de la masse du sang, ne sort pas par les couloirs et est déposée sur un point de l'organisme, il en résulte un dénoûment heureux ou malheureux selon le degré de la qualité malfaisante du stimulus, selon la structure, la fonction, l'importance de la partie. La *matière peccante* est-elle très-hostile (on la disait alors *maligne*), ou bien les forces du sujet ne permettent-elles pas une élimination facile, il en résulte une lutte entre la nature vivante et la cause matérielle, dans laquelle la première est souvent vaincue et parfois les deux. L'évacuation est-elle incomplète, la rechute est à redouter.

On le voit, la *matière peccante*, ses aventures, son élaboration, constituent un roman qui ne résiste pas à un examen sérieux. Rien de vrai que ceci : il y a souvent des évacuations dans les crises. Quelque chose doit donc sortir, et il est bon que le corps en soit débarrassé ; mais est-ce cela qui provoquait et entretenait la maladie ? Rien ne le prouve. La matière de l'évacuation ne serait-elle pas, au contraire, le produit de l'action morbide, comme le pus est le produit de la phlegmasie ? Cette opinion est très-soutenable. En tout cas l'indication est évidente : il faut, du mieux qu'on le peut, favoriser ces évacuations. Dans certaines maladies, j'en conviens, une cause matérielle provocatrice est la chose importante : corps étranger, poison, etc., et il faut alors que le corps vivant

l'atténue, se l'assimile ou l'expulse; mais les faits de cet ordre ne constituent pas plus une crise que ne le fait l'enlèvement d'une épine plantée dans les chairs. C'est un effort médicateur sans doute, mais qui n'est pas de l'ordre des crises. Dans la crise, l'effort a pour but de faire cesser une viciation du dynamisme, et dans le cas dont il s'agit, le but est la destruction, l'élimination d'une substance étrangère à l'organisme. Qui ne voit la nécessité de distinguer ces deux procédés de restauration? aussi ai-je fait observer plus haut que les maladies qui ont pour unique raison d'être la présence d'un stimulus venu du dehors, ne présentent pas de crises. La théorie de la *matière peccante* assimile toutes les maladies aux réactions chirurgicales et implique partout et toujours l'existence d'une cause provocatrice à l'influence de laquelle tout le mal doit être attribué. Or cette assimilation n'étant nullement justifiée, le système est hypothétique, ainsi que les conséquences qui en sont tirées. J'ajoute, objection d'une grande valeur dans la présente question, que toutes les crises ne se font pas par évacuation.

Les observations précédentes ne m'empêchent pas de reconnaître les services que les animistes, les naturistes et les descendants de ces derniers, les humoristes, ont rendus à la science et à la pratique. En posant le précepte de la faculté médicatrice, ils ont exagéré sans doute le rôle et la puissance de cette faculté, mais ce précepte n'en est pas moins juste. Il est certain qu'elle intervient nécessairement dans toute guérison, et son admission dans la science a inauguré le règne de l'observation. Il était indispensable, surtout au commencement de cette science, qu'on étudiât les maladies livrées à elles-mêmes, afin d'en savoir le fort et le faible, et de faire le départ de ce qui doit être respecté ou combattu dans le traitement. Ces médecins ont éclairé, plus que les autres, l'histoire expérimentale des crises, parce que leur attention se portait naturellement du côté de cet ordre de phénomènes. Ils se sont trompés sur l'interprétation, mais ils ont bien vu les faits eux-mêmes et leur but médicateur.

L'instinct médical des grands médecins qui ont adopté l'animisme, le naturisme, l'humorisme, les a empêchés de tirer logiquement les conséquences funestes de leur système; et, par exemple, ils ont admirablement compris qu'il ne fallait pas chercher à obtenir à tout prix l'expulsion de la *matière peccante*, comme

lorsqu'il s'agit d'un empoisonnement ordinaire; qu'il fallait attendre une certaine période, indiquée par l'expérience, pour provoquer des évacuations critiques. Sauf l'idée fausse qu'ils se faisaient du mécanisme intime de la marche des maladies, tout dans leur pratique est conforme aux déductions de la saine théorie : période de crudité ou période d'irritation, coction ou détente, évacuation ou crise, tout cela se comprend et fournit les mêmes enseignements. Hippocrate, Sydenham, Stoll, et le plus grand nombre des bons praticiens, étaient naturistes et humoristes. Le lecteur voit qu'entre de bonnes mains, les systèmes de ce nom peuvent fructifier abondamment. Plût à Dieu que les autres systèmes eussent fait autant de bien et si peu de mal !

I. Théorie de la crise.

Pour que cette théorie soit comprise et acceptée, il faut partir des principes exposés au commencement de ce livre, et que je vais rappeler.

L'action pathologique est un fait anormal par rapport à l'action hygide. Celle-ci, étant la plus naturelle, tend incessamment à se conserver et à se reconstituer quand elle s'est interrompue.

L'action pathologique devient nécessaire lorsqu'il s'agit de vaincre une cause morbifique, de réparer un désordre matériel, de corriger une viciation du dynamisme, qui sont au-dessus des ressources hygides; elle a alors un but médicateur. En outre, l'action pathologique s'exerce souvent dans une direction contraire à la conservation du système vivant. Dans ce dernier cas, la maladie se perpétue tant qu'elle est tolérée, et selon le degré d'intolérance elle amène la mort à long ou à court terme.

Toute guérison implique nécessairement l'intervention de la faculté médicatrice. Les actes médicateurs sont des synergies; par conséquent, l'opération morbide par laquelle s'opère le retour à la santé est une synergie médicatrice.

Mais toute synergie médicatrice n'est pas une crise.

J'ai montré que les synergies au moyen desquelles le corps vivant se débarrasse d'un stimulus hostile, répare un dommage traumatique, ne sont pas des crises.

La crise implique la guérison d'une viciation du dynamisme provoqué ou non provoqué, et existant par soi. Mais il y a des viciations dynamiques de cet ordre qui se dissipent par usure, par

le seul fait de l'évolution des actes morbides, sans l'intervention d'un appareil particulier de phénomènes. Rien n'autorise à affirmer qu'il y ait là une crise.

Les crises sont fréquentes et bien développées dans les affections pyrétiques aiguës. C'est là que je prendrai mes modèles.

Elles se présentent sous deux aspects principaux :

Dans le premier, elles sont la conséquence, le couronnement d'une synergie qui a commencé avec la maladie. Tout, dans les symptômes, dans la marche, a le caractère médicateur. Beaucoup de fièvres inflammatoires, catarrhales, semblables en cela aux fièvres exanthématiques simples, présentent une suite d'actes coordonnés en vue de la guérison. Il y a là, sauf la nature pathologique de ces actes, quelque chose qui, par l'appropriation et l'harmonie, est tout à fait semblable à une fonction hygide la mieux exécutée. Quels sont, parmi ces actes, ceux qui constituent la crise? Si, pendant la période de détente, ces maladies changent sensiblement d'aspect, et montrent une série spéciale de phénomènes aboutissant à des sueurs, à une hémorrhagie, etc., ce groupe de phénomènes formant un tout séparable du reste, et donnant le signal de la restauration de l'ensemble, on dit que cela est la crise. Certes, ce qui a précédé était irréprochable et nécessaire à la préparation de la crise; mais le nom de crise est légitimement réservé à ce qui a été observé en dernier lieu et moyennant quoi l'évolution morbide a pris fin en se complétant.

Mais toutes les affections ne se comportent pas de cette façon. Tout n'est pas utile dans leur parcours; il y a même des choses qui les éloignent de leur solution. Ce ne sont pas des synergies médicatrices: les unes seraient synergiques, si elles existaient seules; mais elles sont compliquées, et cette circonstance altère la régularité bienfaisante de leur marche. D'autres n'ont pas besoin, pour cela, de complication; leur nature propre, leur énergie excessive, les rendent incapables d'évoluer convenablement. Il est difficile d'accepter comme synergies une fièvre rémittente bilieuse, une fièvre typhoïde grave, un typhus, un choléra, une fièvre jaune, une peste. Les actes morbides fâcheux qui constituent la plupart de ces affections vont-ils en s'aggravant, la mort en est la conséquence, et alors ces maladies parcourent la totalité de leurs périodes sans jamais revêtir le caractère synergique, et si elles l'ont présenté à un moment donné, elles ne l'ont pas gardé.

Il en est pourtant qui guérissent. Dans ce dernier cas, il faut, de toute nécessité, qu'un changement s'opère en elles, il faut que la faculté médicatrice prenne décidément le dessus, que la série des mouvements funestes soit remplacée par une série de mouvements allant vers la santé. Alors la maladie prend la forme synergique fonctionnelle et aboutit à la destruction de l'état morbide. La crise fait partie de la période de restauration, mais ne la constitue pas tout entière. Elle est préparée par les phénomènes de la détente, elle est suivie par ceux de la réparation organique qui parachèvent la guérison.

La crise est donc toujours le produit d'une synergie médicatrice, synergie tantôt établie depuis le commencement de la maladie, tantôt apparaissant seulement à une certaine époque de sa durée, en vertu d'une révolution qui change la face des choses.

Pourquoi, dans certains cas et dans certaines espèces morbides, plus souvent que dans d'autres, l'appareil de la crise est-il très-accentué? pourquoi l'est-il moins ailleurs, et pourquoi est-il quelquefois tellement effacé que la pensée de la solution par usure progressive de l'action morbide devienne soutenable? Les réponses à ces questions n'ont pas manqué, mais l'observation témoigne contre leur exactitude. Le médecin sage se contente d'établir les lois et les conditions de la crise. L'interprétation des faits ne permet pas d'aller jusqu'à la raison première de l'événement. Ici, comme ailleurs, nous sommes forcés d'admettre des choses que nous ne comprenons pas.

Sans chercher plus avant, je me contente de dire que la crise est une manifestation particulière de la faculté médicatrice, manifestation qui a pour but spécial de dissiper une viciation du dynamisme.

J'irais au-delà des faits et donnerais carrière à mon imagination, si j'expliquais la crise par le déplacement d'une irritation phlegmasique, par l'expulsion d'une matière peccante; si je disais que toutes les manifestations morbides ont un but médicateur et sont ordonnées en vue de la crise. La force vitale, je le répète, fait le bien comme le mal, aveuglément, sans conscience, suivant des lois primitives et à des conditions qu'il s'agit de connaître le mieux possible.

II. Description générale de la crise.

Pour rendre cette description facile au lecteur, je trouve bon de montrer d'abord la crise dans un fait particulier très-connu et emprunté à un auteur dont le témoignage est accepté par tout le monde. Il s'agit de la fille de Larisse, douzième malade du 3e livre des *Épidémies* d'Hippocrate.

Le premier jour, fièvre aiguë avec chaleur brûlante, insomnie, soif vive, langue brunâtre et sèche, urine bonne en couleur, mais ténue. La deuxième journée fut laborieuse ; point de sommeil, beaucoup d'anxiété. Le troisième jour, déjections aqueuses abondantes, qui continuèrent avec un soulagement marqué. Le quatrième jour, urine limpide en petite quantité, avec énéorème et sans sédiment ; délire pendant la nuit. Le sixième jour, hémorrhagie copieuse par le nez, et après un léger frissonnement sueurs générales suivies de la terminaison de la fièvre. Cette fille vit apparaître ses règles pour la première fois après la fin de la maladie. Pendant la fièvre, elle avait des maux de cœur continuels, elle frissonnait, la couleur du visage était rouge ; elle accusait de la douleur aux yeux, de la pesanteur à la tête. Les redoublements avaient lieu les jours pairs.

La maladie était une de ces fièvres inflammatoires observées assez fréquemment chez les filles pubères avant la première menstruation. Le besoin des règles ne put se satisfaire pacifiquement, *more hygido*, et il fallut pour cela un appareil de moyens extraordinaires, pathologiques. Tout y paraît arrangé pour la solution, et les traits d'une synergie y sont frappants. La période de détente a commencé le troisième jour. On la reconnaît aux déjections alvines qui furent suivies de soulagement ; l'énéorème des urines en confirme la présence. La crise qui fait nécessairement partie de cette période se détache des phénomènes précédents. Un frisson spécial, le délire, en donne le signal, et elle est constituée par l'hémorrhagie nasale et par les sueurs. Il n'y a là ni déplacement d'une irritation, ni expulsion d'une matière peccante. L'hémorrhagie et les sueurs ont une couleur trop décidément morbide pour qu'on les considère comme des évacuations hygides empêchées par la maladie. Il n'en est pas ainsi de l'évacuation menstruelle, qui a été évidemment la conséquence de la cessation de la maladie, un fait de convalescence.

En deux mots, voici la théorie de l'observation dont il s'agit. Un état d'éréthisme sanguin retardait l'établissement des règles; il a fallu, pour le résoudre, une fièvre inflammatoire dont l'épistaxis et les sueurs ont été la crise. Cela étant fait, l'obstacle à la vie hygide a été levé, et rien ne s'est opposé à la convalescence, dont, dans l'espèce, la menstruation devait être le premier phénomène.

Quand la crise est bien développée, on peut la distinguer, ainsi qu'on vient de le voir, de ce qui la précède et de ce qui la suit. La crise forme donc un groupe de phénomènes qui a son évolution à part. Elle est comme une maladie surajoutée, ayant ses racines dans le tout dont elle fait partie. On peut employer, en la décrivant, le cadre généralement en usage pour la description des maladies. La crise a donc son incubation et ses prodromes, son invasion, ses symptômes, sa marche, ses conséquences.

Incubation et prodromes. — Rien ne s'improvise dans le corps vivant. Appelé à une nouvelle opération, il se met en mesure à l'aide d'un travail intime; la crise obéit à cette règle. Pour elle, le moment de l'incubation est celui où la maladie prend le caractère synergique. Ses prodromes sont les symptômes de la détente. Dans l'observation de la fille de Larisse, les prodromes furent par conséquent les évacuations alvines, l'énéorème des urines. Ils annonçaient la crise qui commença le cinquième jour et se compléta le sixième.

Invasion. — Elle est marquée, comme celle de la plupart des maladies, par un mouvement de concentration spasmodique indiquant qu'un changement a lieu, qu'une révolution s'opère. Cette concentration est ressentie par le sujet, sous forme d'un malaise insolite, de sécheresse de la peau, d'un véritable frissonnement suivi d'un redoublement de fièvre. Les phénomènes varient selon l'espèce de crise. Il n'est pas rare que le délire annonce l'invasion d'une crise par hémorrhagie nasale. Ce fait s'est présenté chez la fille de Larisse; il y eut aussi le frisson. L'effort nouveau est visible, et la situation de la malade semble s'aggraver.

Symptômes. — Les symptômes de l'invasion, malgré leur fréquence, n'ont pas un caractère de nécessité, car ils peuvent manquer. Les symptômes constitutifs sont des évacuations se faisant par les couloirs naturels ou par d'autres voies. Ce peuvent être aussi des fluxions, des éruptions, des phlegmasies, des gangrènes. Les

symptômes constitutifs de la crise sont évidemment nouveaux lorsque rien de ce genre ne s'est montré pendant la maladie. On est tenté de contester leur caractère de nouveauté lorsqu'une maladie qui se juge par l'hémorrhagie, par les déjections alvines, a déjà présenté des évacuations de ce nom. Toutefois on est autorisé à affirmer que l'hémorrhagie, que les déjections alvines critiques, sont nouvelles, en ce sens qu'elles ont lieu dans des conditions tout autres, sous l'influence d'une impulsion qui n'est plus la même. La nouveauté des symptômes est inconstestable lorsque la matière du produit expulsé est sensiblement différente.

La crise est *uniforme* lorsqu'elle est constituée par un travail unique, aboutissant exclusivement à des sueurs ou à un érythème, etc. Elle est *multiforme* lorsqu'il y a plusieurs travaux divers aboutissant au même but. Il en est qui vont naturellement ensemble : sueur et hémorrhagie, sueur et éruption, urine et déjection alvine. D'autres formes, sueur et évacuation alvine, sueur et urine, se font d'ordinaire antagonisme, et n'ont pas lieu simultanément. Toutefois elles peuvent se succéder et se remplacer l'une l'autre dans un court espace de temps.

Les crises *spéciales* se présentent avec les mêmes traits. Pourtant, comme elles sont commandées par la nature propre de la maladie, elles n'offrent pas la même variété. A ce sujet, je crois utile de faire remarquer que la plupart des maladies localisées existent en même temps qu'une maladie générale dont la crise est de celles dont je m'occupe. Ainsi, la crise d'une péripneumonie se compose de la crise propre à cette phlegmasie, et de la crise appartenant à l'affection inflammatoire, catarrhale, bilieuse, etc., qui lui est associée. De même pour un exanthème fébrile, lequel, ainsi que chacun sait, est à peu près toujours uni à une autre affection de l'ordre de celles que je viens de nommer. La crise d'une variole, d'une rougeole, n'est pas tout entière dans les scènes cutanées par où l'éruption prend sa fin. L'expérience prouve effectivement que les crises que j'appelle *communes* se montrent dans les fièvres exanthématiques presque aussi souvent que dans les autres pyrexies, parce qu'il est rare d'observer des varioles, des rougeoles, etc., absolument indépendantes de l'une ou l'autre des affections citées plus haut.

La révolution critique est souvent le produit d'un seul effort et s'accomplit sans interruption et d'un seul jet. D'autres fois une

première crise est insuffisante; il faut un second effort, un troisième, et davantage. Tantôt alors la seconde crise répète les mêmes actes morbides, tantôt elle en emploie de nouveaux. Il y eut quatre crises chez le malade qui demeurait dans le jardin de Déalcès [1]; la dernière se fit le quarantième jour et fut complètement efficace.

Selon la nature du mal et l'état des forces du sujet, les crises se font promptement ou bien sont lentes et laborieuses. Existe-t-il des crises dont l'effort exige un long temps pour s'établir et qui méritent d'être appelées chroniques? S'il y en a, leur histoire est à faire. La seule chose qu'on observe c'est, après un effort aigu, une manifestation critique qui survit à la maladie, et se prolonge par suite des circonstances vitales ou organiques de l'individu. On voit, en effet assez fréquemment des diarrhées, des abcès, des éruptions, des hémorrhoïdes, qui se comportent ainsi, qui prennent même droit de domicile et sont désormais nécessaires.

III. Conséquences de la crise.

Le malade arrive promptement à la santé lorsque, les forces étant bonnes, la crise détruit la totalité de l'état morbide et se compose de phénomènes de nature à durer peu quoique complets. Ce cas est le plus heureux. Puis viennent ceux où la crise, après avoir rempli sa fonction médicatrice, persiste et constitue une maladie nouvelle, mais tolérable. La crise, ailleurs, peut ne pas être tolérée et placer la santé du sujet dans une situation plus ou moins grave. Enfin, ainsi que je l'ai dit, la crise emporte parfois le sujet à l'instant de sa formation, ou plus ou moins longtemps après.

Quand l'effort critique est insuffisant ou non suivi de la plénitude de ses effets, le malade n'est pas radicalement guéri et il est exposé à des *rechutes*. Je reviendrai sur ces considérations à propos de ce dernier mot.

Pourquoi la crise met-elle fin à l'état morbide? pourquoi telle crise plutôt que telle autre? pourquoi telle maladie a-t-elle tantôt une crise et tantôt en est-elle dépourvue? Le plus souvent nous n'en savons rien. Parfois, j'en conviens, il existe un rapport appréciable entre la nature d'une maladie et la forme de la crise; nous trouvons naturel, par exemple, qu'une affection inflammatoire se juge par l'hémorrhagie, une maladie catarrhale par les sueurs, une

[1] Hippocrate; *Des épidémies*, liv. III.

maladie bilieuse par des déjections alvines. Mais ces rapports ne sont pas nécessaires, car ces affections peuvent se dénouer au moyen d'autres crises et même sans crise appréciable. Souvent tout se réduit à des faits de constatation purement empirique. Il serait bien difficile de dire *à priori* la raison pour laquelle une fièvre muqueuse se juge par des abcès, par un érysipèle, et une fièvre ataxo-adynamique par des parotides. Rien ne pouvait faire prévoir cela ; l'expérience seule l'a enseigné.

Pourquoi telle hémorrhagie dans une affection inflammatoire, telle diarrhée dans une affection bilieuse, ne sont-elles pas critiques quoique abondantes, tandis que telles autres le sont quoique médiocres? A mon sens, tout ce qu'on peut penser, c'est que ces dernières arrivent au temps voulu et sont opportunes. Les humoristes croyaient en savoir plus long. Ces évacuations, disaient-ils, n'agissent pas par elles-mêmes, mais par l'élimination de la *matière peccante* qu'elles entraînent avec elles. Vous ne voyez, ajoutaient-ils, que le sang, que la matière de la diarrhée; mais vos yeux n'atteignent pas le principe hostile que ces liquides enveloppent. Quelques gouttes de sang, une seule déjection alvine, sont efficaces parce qu'elles contiennent ce principe hostile. L'hémorrhagie la plus copieuse affaiblira sans guérir, si elle ne fournit que du sang. Cette explication, fort intelligible d'ailleurs, a le défaut d'être un roman. Je suis plus réservé, et me contente de bien moins en disant que l'hémorrhagie, la sueur, la diarrhée, jugent la maladie par un procédé intime dont souvent l'appropriation m'échappe. Cet aveu d'ignorance me coûte peut-être, mais je reprends tous mes avantages en pratique, si je connais les conditions de temps, de forme, d'évolution, au moyen desquelles ces évacuations procurent le résultat désiré. Là, je me trouve sur le terrain solide de l'observation; je n'admets aucune interprétation que les faits ne justifient, et j'apprends à distinguer des autres les phénomènes critiques, à les respecter, à les compléter, à les préparer. Cela suffit pour traiter convenablement le malade, et vaut mieux qu'une hypothèse qui ne m'apprendrait rien ou me suggérerait des indications erronées. Le meilleur de ce que nous savons sur les crises a été obtenu de la façon que je viens de dire, et même ce que nous ont enseigné les médecins qui ont sacrifié aux faux systèmes. Ce n'est pas certes en tirant des déductions logiques d'une idée préconçue et explicative de la crise qu'ils ont trouvé la vérité.

mais bien en s'attachant à la constatation des faits, en cherchant leur signification clinique.

Il faut donc demander à l'expérience les conditions auxquelles une crise se réalise convenablement. Celle-ci répond :

La maladie doit être parvenue à sa période de détente. Toutes les évacuations, toutes les localisations qui ont précédé cette époque, sont symptomatiques. Elles ont parfois assez d'influence pour juguler la maladie, mais ne sont jamais critiques, dans le vrai sens du mot.

Les meilleures crises sont celles qui se font à une des surfaces qui limitent le corps. Voilà pourquoi les muqueuses, le tissu cellulaire sous-cutané, la peau surtout, sont le siége, l'instrument de cet ordre d'opérations morbides. Ces déterminations vers les surfaces extérieures annoncent que les centres vitaux sont dégagés, que le travail morbide s'éparpille sur un plus grand espace et se porte sur des parties relativement moins importantes. On a dit depuis bien longtemps qu'il est heureux que les mouvements morbides aillent du centre à la circonférence, de haut en bas.

La maladie ne trouvant sa crise qu'à la condition de prendre la forme synergique, celles qui sont le plus susceptibles de revêtir cette forme sont le plus disposées à se dénouer ainsi.

Tout étant égal d'ailleurs, les sujets bien constitués, ceux qui ont le moins perdu de forces, se trouvent dans la meilleure situation pour que la maladie acquière la qualité synergique.

Les tempéraments, pourvu qu'il soient bien ordonnés, permettent la bonne réalisation des crises. Ils en modifient tout au plus la forme phénoménale. Le sujet sanguin aura plutôt des hémorrhagies, le lymphatique des sueurs, des éruptions cutanées ; le bilieux des évacuations alvines. Un tempérament excessif est un obstacle à l'évolution régulière des maladies, et par conséquent aux crises.

Tels individus ont habituellement dans leurs maladies telle crise plutôt qu'une autre. L'expérience révèle cette particularité que rien n'autorisait à prévoir. Ceci est un fait d'idiosyncrasie, de la possibilité duquel il est bon d'être averti.

L'âge exerce son influence. Les crises sont difficiles chez les très-jeunes enfants, chez les vieillards. La médiocrité de leurs forces radicales explique cette circonstance.

Chez les enfants, les déterminations critiques ont de la tendance

à se porter vers la tête. Elles vont plutôt vers la poitrine chez les adolescents. C'est le ventre pour les vieillards. Sous ce rapport, les adultes participent des qualités des adolescents et des personnes avancées en âge.

Les femmes, dont la peau est plus délicate et plus fine, ont facilement des crises sudorales. La menstruation leur donne également une habitude hémorrhagique qui les dispose aux évacuations sanguines. Il est à remarquer que les flux blancs utérins ou vaginaux n'ont que très-rarement le caractère critique.

Les saisons exercent une notable influence. A la fin de l'hiver et au printemps, les maladies sont plus souvent synergiques et par conséquent mieux arrangées pour la crise. Pour le motif contraire, l'automne est, de toutes les saisons, la moins favorable à la réalisation des crises. En hiver on observe plus fréquemment des urines, des hémorrhagies critiques; en été des sueurs, des évacuations alvines ; le printemps tient de l'hiver et de l'été ; en automne ce sont les évacuations alvines qu'on observe le plus.

Une loi digne d'être notée, c'est que chaque maladie régnante a sa crise ou ses crises familières correspondant à ce qu'il y a de spécial dans la nature de la constitution médicale. Voilà pourquoi les bons observateurs ont recommandé aux médecins qui assistent au début d'une maladie populaire de porter leur attention de ce côté, d'épier toutes les tendances critiques, afin de pouvoir diriger l'évolution morbide dans le sens qui a paru le plus favorable à la solution.

Il y a ordinairement proportion entre l'intensité de la maladie et celle de l'effort critique. Les traits de la crise sont souvent peu prononcés à la suite d'une petite maladie, d'une indisposition passagère. Une maladie de courte durée et médiocrement sérieuse se juge par des évacuations. Si elle dépasse le vingt et unième jour, la crise se fera volontiers par des abcès, des furoncles, des érysipèles. Un typhus bénin se dénouera par des sueurs; plus grave, il exigera des éruptions, des abcès, des gangrènes. Une variole simple, bénigne, trouvera sa solution dans l'évolution bien connue des pustules. Supposez-la confluente ou compliquée, il faudra des suppurations fréquemment longues et même périlleuses. En somme, les crises par évacuation correspondent aux maladies peu graves ; les maladies graves exigent davantage. Il semble naturel que ce qui s'éloigne beaucoup de l'état hygide réclame un effort et un appareil

critiques ayant un caractère semblable. Toutefois n'oublions pas que certaines localisations non évacuatrices arrivent fréquemment à la suite de maladies légères. Tel est, par exemple, l'*herpes labialis*, qui juge des affections catarrhales de médiocre intensité.

Les crises sont rares dans les maladies chroniques. Un des moyens les plus efficaces pour en obtenir est de transformer la maladie chronique en une maladie aiguë, à l'aide d'une thérapeutique appropriée.

Chaque genre de maladies peut présenter des crises très- diverses. Certaines crises y sont pourtant plus fréquentes qu'ailleurs, et cela dénote un rapport évident de nature : sueurs pour les affections catarrhales; hémorrhagies pour les inflammatoires; vomissements et évacuations alvines pour les bilieuses gastriques; abcès, parotides pour les ataxo-adynamiques, etc.

Il en est de même de chaque espèce morbide. Une espèce morbide a une crise privilégiée que les praticiens désirent rencontrer et dont l'expérience a démontré l'utilité. Les anciens connaissaient une pareille crise et l'appelaient crise par voie royale, *per viam regiam*. Ainsi, la voie royale pour une fièvre exanthématique est la peau. La voie royale pour une fièvre péripneumonique est la muqueuse des bronches. Quand quelque chose manque de ce côté, il faut qu'il y soit suppléé par les sueurs, les urines, les abcès, les furoncles, etc. Ces dernières localisations critiques peuvent être très-efficaces, mais ne dispensent pas des autres qui sont nécessaires.

N'attendons pas la crise tant que dure la période d'irritation des maladies; elle ne viendra qu'à partir de la période de détente. Tantôt le bien-être relatif qu'amène la détente continue sans interruption, et la crise n'est ni douloureuse ni bruyante, parce qu'elle n'exige pas un grand effort; tantôt et souvent le commencement de la crise est marqué par le redoublement des symptômes actuels ou par l'apparition de symptômes nouveaux, et s'accompagne alors d'apparences d'une certaine gravité. Il semble que le mal ait rétrogradé vers les premiers jours. Le praticien expérimenté reconnaît là l'invasion, les manifestations de la crise. En réunissant les données expérimentales indiquées tout à l'heure : nature de la maladie, tempérament, âge, sexe, constitution, climat, saison, épidémie régnante, il n'est pas surpris, mais il attend et redouble de vigilance. *Nox gravis ante crisim*, a dit Hippocrate. Il est, en effet, d'expé-

rience que le travail de la crise s'établit la nuit plutôt que le jour. Cela s'accorde avec ce que nous enseigne la physiologie au sujet de la prédominance, à cette époque, des mouvements organiques qui ont pour objet les fonctions économiques intimes. La maladie est-elle exacerbante, c'est d'ordinaire pendant un paroxysme que la crise se fait. Quand les paroxysmes sont quotidiens, avec le type double tierce, il est avantageux que le paroxysme le plus faible arrive un jour impair, parce qu'il est d'observation que les crises ont lieu plus fréquemment ces jours-là. Il est fâcheux que la crise tombe sur le paroxysme le plus fort, parce que son intensité en est augmentée. Chez la fille de Larisse, la crise se fit un jour pair (ce qui est l'exception), parce que les redoublements étaient en type tierce et aux jours pairs.

Parmi les symptômes annonçant la présence de la crise, je note une certaine modification du pouls. Le pouls critique, d'après le témoignage du plus grand nombre des observateurs, est saillant, plein, fort sans dureté, fréquent et d'ordinaire un peu inégal. Le pouls d'irritation ou non critique est au contraire serré, vif, dur et pressé. Les choses ne se passent pas toujours ainsi, et je dois reconnaître que plus d'une crise, notamment les crises par hémorrhagie, par vomissement, sont annoncées, sont précédées par des scènes de spasme au milieu desquelles le pouls présente les caractères du pouls d'irritation. J'ai dit, du reste, qu'une concentration spasmodique plus ou moins prononcée marquait le début de la crise comme le début de toute opération vitale.

Telles sont les particularités communes à toutes les crises, quels que soient les phénomènes de la fin. Maintenant je vais parler de ces derniers phénomènes et de leurs principales formes. Je place dans un premier groupe les crises dont le fait le plus saillant est une évacuation. Dans les autres, ou bien il n'y a pas d'évacuation, ou bien la matière de celle-ci est le produit d'un processus morbide spécial qui attire principalement l'attention. A ce point de vue, les premières seront *évacuatrices*, les secondes *non évacuatrices*.

IV. Crises par évacuation.

Tous les couloirs hygides peuvent fournir une évacuation critique. Mais toutes les évacuations n'ont pas d'une manière aussi constante, aussi sûre, le caractère médicateur. Il est d'observation que les sueurs, les évacuations alvines, les hémorrhagies, en cela

semblables aux crises non évacuatrices, jugent souvent les maladies en peu de temps et d'un seul coup. Les autres évacuations (urines, crachats, salive, larmes) doivent, pour être efficaces, se répéter à plusieurs reprises. Il est même assez rare qu'elles soient seules. Le plus souvent elles se joignent à une des évacuations indiquées les premières, la sueur par exemple, qui remplit évidemment le rôle principal. La sueur, l'hémorrhagie, les déjections alvines, sont, de même, accessoires par rapport aux crises non évacuatrices, quand elles se présentent avec ces dernières. Il est des cas, en effet, où tout se réunit pour juger une maladie, laquelle est alors sérieuse. Ainsi, pendant la crise d'une variole grave, il n'est pas surprenant d'observer des sueurs, des déjections alvines, des urines, des furoncles, des abcès. Généralement, une maladie légère présente, lors de sa crise, un seul phénomène ou un petit nombre, et j'ai dit que le plus souvent c'étaient des évacuations.

Dans ce qui va suivre sur les formes des crises, j'omettrai les particularités communes déjà décrites; j'indiquerai seulement les traits qui les caractérisent spécialement.

Hémorrhagie. — Le pouls prend le caractère qui l'a fait appeler *dicrote* ou *bis feriens*; dans ce pouls, chaque pulsation est composée de deux coups précipités. Le sujet éprouve à l'endroit où doit se faire l'hémorrhagie, un sentiment de tension, de chaleur, de picotement, de prurit. Les symptômes varient selon le lieu. Je me contente de rappeler ceux des hémorrhagies critiques que le praticien est le plus exposé à rencontrer : l'épistaxis, la menstruation, les hémorrhoïdes.

Ceux de l'épistaxis sont : pesanteur, souvent douleur gravative à la tête, surtout aux tempes, au front, à la racine du nez. Parfois tintement des oreilles, un peu de surdité ; picotements aux yeux, qui sont rouges et brillants ; larmes involontaires ; rougeur et gonflement du visage; vertiges, insomnie, délire; battements accélérés des artères temporales et des carotides; sentiment de sécheresse et de chaleur à l'intérieur des narines ; de là, la propension qu'ont les malades à introduire fréquemment le doigt dans les narines, comme pour en arracher quelque chose, mouvement différent de celui des enfants qui ont des vers et qui ne font que se frotter le nez. Si ces symptômes sont plus prononcés d'un côté que de l'autre, si la rougeur, le gonflement, sont limités, il est aisé de signaler la narine par où l'écoulement aura lieu.

Ceux de la menstruation : coliques hypogastriques faisant ceinture et convergeant vers les pubis ; légères douleurs aux mamelles et parfois gonflement de ces organes. Si la femme est déjà réglée, elle éprouve les impressions avec lesquelles elle est familiarisée et qui lui annoncent habituellement la proximité de ses mois.

Ceux des hémorrhoïdes : pesanteur, douleur à la région du sacrum ; prurit, tension à l'anus, accompagnés dans quelques circonstances de ténesme et de dysurie.

Sueurs. — Démangeaison à la peau, qui prend une teinte légèrement rosée, et devient souple, douce et moite ; urines rares, jumenteuses ; ventre resserré ; pouls développé, acquérant un peu d'élévation et de fréquence, et devenant surtout large, ondulant et mou [1] ; la sueur commence à la région des flancs ; elle est douce, chaude ; il y a autour du malade une atmosphère de vapeurs tièdes exhalant une odeur spéciale, difficile à définir, et qu'on reconnaît sans peine une fois qu'on l'a sentie. Les sueurs critiques ont coutume de venir après minuit et vers le matin. Les sueurs du soir sont presque toujours symptomatiques.

Déjections alvines. — Les intestins s'agitent en murmurant ; borborygmes ; flatuosités ; sorte de craquement du côté des lombes et parfois douleur ; tuméfaction du ventre ; intermittence du pouls ; enfin vents, tranchées et évacuations. Celles-ci se composent de matières abondantes d'un jaune tirant plus ou moins vers le brun et mélangées de fragments de fèces ; elles sont molles, liquides, mais toujours homogènes, liées et sans ténuité. Assez fréquemment elles rappellent l'aspect de substances féculentes et contiennent un peu de sang, ce qui est sans danger. A la suite de quelques fièvres et même de quelques maladies apyrétiques, le sujet expulse des matières noires tellement copieuses qu'il est impossible de croire qu'elles viennent uniquement du tube intestinal. Il faut penser alors qu'elles sont fournies par les organes qui communiquent avec ce tube : pancréas, foie, vésicule biliaire, lesquels se débarrassent synergiquement de leurs produits morbides. Cette opinion est justifiée par l'allégement senti par le malade et par la souplesse de la région épigastrique, constatés après les évacuations.

[1] Le pouls est dit ondulant, lorsqu'il présente des pulsations divisées en petites séries, dans chacune desquelles les pulsations vont en s'élevant jusqu'à la dernière plus développée que les précédentes.

Urines. — Presque toujours les symptômes précurseurs et du début sont peu accentués. Les urines, l'expectoration, sont rarement précédées de l'appareil de la crise. On a observé pourtant la constipation, la pesanteur aux hypochondres, un sentiment de gonflement du côté la vessie; quelquefois ardeur locale pendant l'excrétion. Quand cette ardeur existe seule, c'est un signe fâcheux révélant l'irritation des organes urinaires; mais quand cela arrive après la détente, au moment et avec les accompagnements déjà indiqués, et l'urine coulant abondamment, le caractère critique est incontestable : l'urine est sédimenteuse, et ce sédiment se précipite assez vite. Le dépôt critique est léger, blanchâtre ou rosé, homogène, et a l'aspect puriforme [1].

La crise par les urines se fait rarement en une fois. Le sédiment doit se présenter pendant plusieurs jours sans interruption. L'apparition d'urines ténues et transparentes est un signe de crise incomplète. Toutefois on n'oubliera pas que la crise de beaucoup de maladies nerveuses se fait par une urine abondante et limpide.

Il ne faut pas se hâter de déclarer non critiques les urines qui n'ont pas les apparences que je viens d'indiquer. Il résulte des observations de MM. Martin-Solon et Grisolle, qu'on peut considérer comme critiques celles dans lesquelles la chaleur ou l'acide azotique déterminent des nuages ou des coagulums, lorsque, bien entendu, les autres conditions de la crise sont présentes.

Les praticiens ont appris de l'expérience que les crises ne se font pas ou se font incomplètement dans les maladies fébriles tant que les urines restent ténues.

Expectoration. — C'est la crise naturelle, obligée, des fluxions qui ont lieu sur les organes respiratoires. Dans ces cas, il est toujours fâcheux que cette crise ne se fasse pas. Mais l'expectoration seule ou unie à d'autres phénomènes accompagne le dénoûment de maladies qui ne siégent pas dans ces organes, et notamment des affections catarrhales, générales ou localisées n'importe en quel endroit. « Dans les maladies aiguës, dit M. Double [2], des crachats épais et inodores survenant pendant le temps critique, font

[1] Les urines critiques n'ont que l'apparence du pus. Les dépôts vraiment purulents se précipitent presque instantanément, adhèrent fortement au fond du vase et exhalent une odeur ammoniacale. Ils indiquent une phlegmasie dans l'un des organes urinaires. A l'aide du microscope, on reconnaît les globules caractéristiques.

[2] Double, *loc. cit.*, tom. III, pag. 105.

cesser les céphalalgies, les léthargies, le délire;... dans les fièvres malignes, dans le typhus[1], il se fait une expectoration souvent assez abondante qui vient des cavités nasales postérieures et de la gorge. Si la matière est épaisse, colorée; si elle est chassée avec facilité et aux jours critiques de la maladie, on doit en bien augurer. J'ai vu peu de maladies de ce genre se terminer par voie de guérison sans présenter cette sorte d'expectoration.»

Je ne parlerai pas des particularités concernant les crachats dans les catarrhes pulmonaires, les angines, les pneumonies, les pleurésies; ce soin appartient à la pathologie spéciale. Quelques mots seulement sur les crachats critiques considérés en général.

Ils ont des aspects divers; d'ordinaire ils sont blanchâtres, épais et bien liés. Dans les maladies catarrhales ils deviennent jaunâtres, de blancs qu'ils étaient. Ils sont inodores, et toute odeur prononcée est de fâcheux augure. Les crachats doivent être en rapport avec la toux et se détacher aisément. Tout crachat assez visqueux et assez tenace pour résister à l'effort expulsif, tout crachat rendu avec peine, est mauvais.

J'insiste sur ce point que l'expectoration doit être facile. En cela, effectivement, l'expectoration diffère des autres crises, car elle exige un effort. C'est une fonction laborieuse, possible seulement quand les forces sont conservées. Tout allant bien d'ailleurs, si les forces manquent, le malade est en danger, et il meurt suffoqué par sa crise. Tous les séméiologistes sont d'accord sur la nécessité de l'expectoration aisée, et ils disent que la manière dont l'expectoration se fait, donne la mesure de l'énergie du sujet.

J'ajoute que la sécrétion des crachats doit se produire à intervalles distincts et séparés. Cette crise a donc lieu par fractions et se prolonge. Sous ce rapport, il en est des crachats comme des urines. Ils diffèrent en cela de l'hémorrhagie, des sueurs, etc., qui jugent la maladie promptement.

La durée des crachats veut être pourtant contenue dans de justes bornes. S'ils persistent longtemps, sans que la convalescence présente une tournure franche; si, loin de se refaire, le sujet maigrit et perd ses forces, on doit redouter la dégénérescence phthisique, surtout s'il s'agit d'une maladie des organes respiratoires, de la rougeole. L'expectoration implique la permanence d'un mouve-

[1] Double: *loc. cit.*, tom. III, pag. 86.

ment fluxionnaire vers la muqueuse bronchique, la toux entretient une irritation sur la partie, et pour peu qu'il y ait prédisposition, la phthisie survient.

Toutefois, dans beaucoup de catarrhes pulmonaires, l'abondance des crachats est poussée à un point tel qu'il y a lieu d'en être surpris, et cependant cela ne change pas grand'chose aux chances générales de la maladie.

Je ne puis quitter ce sujet sans faire la remarque que les enfants en bas-âge ne rejettent pas par la bouche la matière de l'expectoration, ils l'avalent ; de là, pour eux, l'utilité de prescrire un laxatif après ce genre de crise.

V. Crises non évacuatrices.

Ces crises sont efficaces même quand elles sont isolées. Elles s'accompagnent souvent d'évacuations qui assurent et complètent leurs effets.

On croit mieux comprendre les crises par évacuation. D'abord ce sont les plus fréquentes, et, par suite d'une illusion assez commune, on s'imagine que les choses qu'on observe habituellement n'ont point de mystères. En second lieu, on ne peut se défendre d'un reste d'humorisme, et on suppose qu'une évacuation critique fait du bien parce qu'elle provoque la sortie d'une matière nuisible par sa qualité ou par sa quantité. J'avoue que, pour ce qui me regarde, je n'admets la vertu critique d'une hémorrhagie, d'une sueur, uniquement que par ce que m'en apprend l'expérience, et les explications qu'on a données du mécanisme de l'événement me semblent toutes hypothétiques. De ces explications, celle qui consiste à concevoir la crise comme une substitution, d'après l'aphorisme : *Duobus laboribus simul obortis non in eodem loco vehementior obscurat alterum*, me paraît contenir une partie de la vérité, et, à ce compte, je comprends mieux la cessation d'une maladie par suite de l'apparition d'un phlegmon, d'un érysipèle, que par suite de l'évacuation d'un peu de sang. Mais si l'effet de la substitution doit être admis, on ne peut soutenir que la localisation nouvelle soit un événement de pur hasard, une coïncidence fortuite. Il y a donc autre chose à étudier que ses conséquences, et il faudrait pouvoir dire le pourquoi de sa formation.

Les crises dont je parle se montrent particulièrement dans les

fièvres graves. Elles sont efficaces pour la plupart, mais elles deviennent dangereuses par elles-mêmes quand elles sont mal placées ou excessives. Elles sont d'autant plus heureuses qu'elles s'accompagnent d'évacuations. Les sueurs, les urines, les déjections alvines, l'expectoration, sont un complément dont le malade a lieu de se féliciter.

Les crises non évacuatrices varient beaucoup. Rigoureusement, il n'est pas d'acte morbide qui, dans un cas donné et tout étant favorablement disposé, ne puisse remplir à son tour le rôle de crise. Tout peut donc se rencontrer : actes morbides dynamiques, douleurs, convulsions, paralysie, délire, etc. ; mais les actes morbides plastiques sont les plus fréquents : phlegmasies, furoncles, suppurations, parotides, bubons, éruptions de tout genre, gangrènes, etc.

Un mot seulement sur les abcès, sur les parotides, sur les gangrènes.

Abcès. — Ce sont les crises familières aux maladies aggravées par la présence, à un degré quelconque, de l'élément ataxo-adynamique. Dans plusieurs cas, après la variole ainsi compliquée, après la fièvre typhoïde, il y a un tel besoin, un tel pouvoir de faire du pus, que celui-ci est produit à la suite d'une médiocre phlegmasie et même sans phlegmasie appréciable. C'est une véritable purulence portée parfois à un tel degré qu'elle devient une cachexie mortelle, exemple frappant d'une crise malheureuse. L'abcès diffus est moins redoutable, mais l'est encore beaucoup. Quand les choses se passent bien, les abcès sont circonscrits et sous-cutanés. Quelques praticiens ont recommandé d'ouvrir ces abcès critiques avec un instrument rougi au feu, afin de mieux fixer sur le lieu périphérique l'effort ultime de la maladie. Le cas est sérieux quand l'abcès est profond, surtout s'il siége dans un viscère.

Les abcès critiques sont, comme les autres, annoncés par des frissons passagers, par des sueurs partielles. Un signe pronostique indiqué par Hippocrate a été trouvé juste par plusieurs praticiens : c'est la transparence des urines; voici du reste la sentence hippocratique [1] : « L'urine crue qui se soutient telle pendant longtemps, si les autres signes sont pour le recouvrement de la santé, annonce quelque dépôt dans les parties situées au-dessous du diaphragme. »

[1] Hippocrate ; *Coaques*, liv. III, chap. IV, art. 3, sentence 24.

Parotides. — On désigne ainsi des scènes morbides avec tendance à la suppuration, siégeant du côté de la glande de ce nom, et remplissant le rôle de crise à l'égard de certaines maladies graves. Ce n'est pas toujours, il s'en faut, le tissu propre de la glande qui est le siége du travail, c'est plutôt l'atmosphère celluleuse qui l'enveloppe. Distinguons les parotides critiques de celles qui ne sont autre chose que des symptômes; à ce dernier titre, les parotides sont assez souvent la manifestation d'une maladie catarrhale bénigne connue sous le nom d'*oreillons*, et qui, sans qu'on sache pourquoi, prédomine dans certaines constitutions médicales.

Je parle seulement ici des parotides critiques, et celles-ci, je le répète, ne sont observées qu'à la fin des fièvres de mauvais caractère. L'invasion en est habituellement marquée par un frisson; on note ensuite les symptômes suivants :

La fièvre s'exaspère; la respiration s'embarrasse; le malade est assoupi, ou a de la tendance à l'être ; d'ordinaire, la fonction de l'ouïe est altérée; l'urine est épaisse, rougeâtre ; une douleur se fait sentir à la région de la glande salivaire, puis la partie se tuméfie. Le lieu principal de la scène est l'espace circonscrit entre le conduit auditif externe, l'apophyse mastoïde et l'angle du maxillaire inférieur. Assez souvent ces limites sont franchies ; le cou est volumineux, le visage est monstrueux ; en cet état, le sujet peut à peine ouvrir la bouche. Les paupières et les lèvres sont enflées; mais l'exploration avec le doigt apprend que la dureté est plus marquée dans le lieu où la tumeur a commencé à paraître. Ces changements s'établissent d'une manière prompte.

Il se peut que l'évolution n'aille pas plus loin et que les choses persistent ainsi, sauf que la douleur diminue. Ce n'est alors qu'un essai de crise, et si rien de favorable ne se montre d'un autre côté, le sujet meurt du deuxième au quatrième jour à partir de l'invasion de la *parotide*. Il faut que la fluxion prenne un caractère phlegmasique et finisse par suppuration; ce travail exige une moyenne de sept jours environ. Plus vite marche cette phlegmasie, mieux cela vaut; le malade est perdu s'il y a délitescence sans qu'une autre crise succède à celle qui avorte.

Pourtant, et surtout quand l'atmosphère est froide et humide, on peut observer ce que voici : la *parotide* s'arrête et disparaît brusquement; en même temps une fluxion, également fébrile, se déclare du côté du testicule correspondant. Y avait-il deux *paro-*

tides, les deux testicules sont atteints. Chez les femmes, ce sont les mamelles qui se prennent, et il n'est pas rare que simultanément il y ait du côté des parties génitales un gonflement accompagné de douleurs lombaires. Parfois la femme n'éprouve de ce côté qu'un sentiment de tension ou simplement de prurit. Après cette substitution, le malade peut se tirer d'affaire, mais il a beaucoup de chances contre lui, et un pareil événement n'est pas de ceux dont le praticien se félicite. Il est bon de savoir que, dans la majorité des cas, l'engorgement du testicule, de la mamelle, n'est pas franchement phlegmasique ; il se termine par des sueurs locales. Souvent alors les *parotides* reparaissent. On a vu chez certains sujets plusieurs alternances du genre de celles dont je viens de parler. On cite même des observations dans lesquelles le testicule s'est atrophié sous l'influence des atteintes répétées dont il a été l'objet.

Le cas le plus fâcheux est celui où la fluxion, abandonnant la région parotidienne, le testicule ou la mamelle, se dirige vers le cerveau. Le malade meurt au milieu des convulsions et du délire.

Plusieurs dangers sont attachés à la suppuration des parotides, suppuration qu'il faut cependant souhaiter. La phlegmasie peut être diffuse, et ce cas se rattache à l'état purulent dont j'ai dit tout à l'heure l'extrême gravité. Le pus peut être profondément situé et entraîner la destruction de tout le tissu cellulaire environnant. Il en résulte une vaste plaie, une véritable caverne anfractueuse qui prend le caractère ulcéreux, et dont la guérison est longue et laborieuse. Dans ces circonstances, le malade est fort affaibli et son sort peut rester quelque temps douteux. On a vu l'œsophage disséqué et isolé de la trachée-artère. Ailleurs le pus provoque des nécroses, des caries dans les parties osseuses ou cartilagineuses voisines, lésions dont les conséquences sont souvent mortelles.

L'excès et la durée du gonflement rendent la déglutition difficile, et, ce qui est autrement grave, entravent la respiration. Passé un certain degré, le sujet meurt suffoqué; ou bien, après avoir déliré, il tombe dans un coma qui l'emporte.

La crise par les parotides est donc par elle-même un événement très-sérieux. Faut-il chercher à l'éviter, à l'arrêter? Pas le moins du monde ; la seule indication à remplir est de bien diriger cette crise, d'en obtenir tout le bénéfice en parant du mieux possible aux inconvénients. Le seul moyen de prévenir les parotides

est de faire qu'elles ne soient pas nécessaires ; il faut, pour cela, obtenir que la maladie reste dans un état de modération qui rende suffisantes les crises ordinaires. Sous ce rapport, Stoll a donné un excellent exemple. Ayant à traiter des fièvres bilieuses qui, chemin faisant, prenaient le caractère ataxo-adynamique par suite de l'intensité croissante de l'élément bilieux, il avait soin de prescrire au début les évacuants, indiqués en pareille occurrence, et moyennant cette précaution le mal conservait les proportions d'une fièvre simplement bilieuse se dénouant par ses crises habituelles. S'il était appelé trop tard et si l'indication de l'émétique ne pouvait être remplie à temps, la fièvre devenait ataxo-adynamique, avait une issue fatale; ou bien le malade ne recouvrait la santé que par la voie périlleuse des parotides. Des observations de ce genre prouvent qu'un médecin clairvoyant et habile, en agissant à temps sur une maladie, exerce une influence sur la nature de la crise. C'est ainsi qu'une variole bien traitée se dénoue sans danger; tandis qu'un traitement défectueux, en aggravant l'état du sujet, en provoquant ou laissant naître les complications, rend indispensables des crises proportionnées au mal, plus difficiles et plus hasardeuses.

Gangrène. — Cette forme de crise n'est pas très-rare; on l'observe dans les maladies ataxo-adynamiques, pestilentielles. Le temps de son apparition, ses précédents, ses accompagnements, ses conséquences, permettent de la distinguer des gangrènes symptomatiques qui proviennent de l'extension, de l'aggravation de la maladie. Une jetée gangréneuse critique, si elle est considérable ou si elle se réalise sur un organe important, apporte avec elle un grand péril. C'est, on le conçoit sans peine, une crise dont le sujet peut mourir. La guérison n'est possible qu'à la condition que, les forces générales et les facultés locales étant suffisamment conservées, la gangrène se limite et est entourée du cercle phlegmasique salutaire au moyen duquel les parties mortes se séparent.

Beaucoup de médecins répugnent à croire que la gangrène puisse remplir un rôle bienfaisant dans les maladies. A ce sujet, les auteurs du *Dictionnaire abrégé des sciences médicales*[1] ont exprimé une opinion qui conserve encore des partisans. « La gangrène a été donnée comme pouvant être favorable dans certaines circonstances; mais il y a là un étrange abus de mots. Cela se

[1] Art. *Crise*, pag. 266.

réduit à dire que lorsque le malade se rétablit malgré la gangrène, celle-ci n'a pas contribué à le faire périr. Il en est de même des phlegmons et des vastes abcès qui se manifestent au déclin de quelques maladies aiguës formidables. Ce sont de terribles accidents que l'on doit toujours redouter, quoique le malade se rétablisse souvent après leur guérison. »

Je reconnais que la gangrène est un acte morbide dont on a bien souvent raison de s'effrayer ; mais n'y a-t-il pas des circonstances particulières où son apparition est un bien, parce qu'elle concourt à la réalisation d'une véritable crise? c'est à l'observation à prononcer. A moins de fermer les yeux à l'évidence, il faut admettre la possibilité du pouvoir médicateur de la gangrène. Tous les recueils contiennent des faits qui justifient mon dire, et il est peu de praticiens qui n'en aient pas vu. Ce sont des fièvres typhoïdes, des fièvres jaunes, des pestes, des typhus, incontestablement jugés par une fluxion gangréneuse. Ces exemples ne sont pas tellement rares que je doive en citer ; je n'aurais que l'embarras du choix

Pourquoi la gangrène ne mettrait-elle pas fin à une maladie aussi bien que des furoncles, un abcès, un érysipèle? *A priori*, je n'y vois aucune objection, et l'expérience me forçant à reconnaître que cela est, il n'y a pas d'opposition possible. Dans la physiologie morbide, rien n'est absolument bon ni absolument mauvais. Les actes réputés mauvais deviennent bons lorsque, par un concours particulier de circonstances, ils sont substitués à quelque chose de pire qu'eux-mêmes.

VI. Jours critiques.

De tout temps, de graves médecins ont accepté les crises et rejeté les jours critiques. Une opinion très-répandue veut que cela fasse deux questions distinctes, et que la réponse à chacune soit complètement indépendante. Telle n'est pas ma pensée; à mon sens, les deux questions sont étroitement liées l'une à l'autre. S'il y a des crises, il y a nécessairement des jours critiques, et réciproquement.

Exposons ce que la science possède au sujet des jours critiques. D'après Hippocrate, l'évolution des maladies a lieu habituellement par septénaires. Les jours des crises sont les sept, quatorze, vingt ou vingt et un, vingt-sept, trente-quatre, quarante, etc. Il indique d'autres jours, mais il ajoute que dans ces jours-là la crise est plus

souvent annoncée qu'accomplie. On a appelé ces jours *indicateurs*: c'étaient le quatre pour le sept ; le onze pour le quatorze ; le dix-sept pour le vingt ; le vingt-quatre pour le vingt-sept. Lors donc que la crise n'évolue pas d'un seul jet, il s'écoule quatre jours depuis son premier indice jusqu'à son établissement définitif.

Depuis, on a été plus loin, et l'on a prétendu fixer la valeur des jours qui restaient en dehors des indicateurs et des critiques. Ils n'ont, a-t-on dit, aucune signification au point de vue de la solution des maladies. Pour ce motif, on les nommait *vides* ou *médicinaux :* vides, parce qu'ils ne présentaient pas de symptômes ayant trait aux crises; médicinaux, parce que c'était alors le cas de prescrire des remèdes, attendu qu'on n'avait pas à redouter de déranger un travail médicateur commençant. Ces jours étaient les premier, huitième, dixième, douzième, treizième. Les autres jours, trois, cinq, six, neuf, étaient appelés *intercalaires*. On avait cru remarquer que ces jours-là il se passait quelque chose d'extraordinaire, soit en bien, soit en mal, plus souvent en mal. De cette façon, tous les jours employés à l'évolution d'une maladie aiguë étaient, ou *critiques*, ou *indicateurs*, ou *vides* ou *intercalaires*.

Quel jugement porter sur une pareille systématisation ? Évidemment elle ne peut être ni aussi précise ni aussi complète. Les jours critiques et les jours indicateurs, les seuls dont Hippocrate ait parlé, méritent seuls aussi notre attention. Existent-ils? n'existent-ils pas ? Voilà la chose importante, celle sur laquelle les faits acquis permettent de prendre un parti.

La crise, ai-je dit souvent, implique une maladie qui est une synergie, une fonction depuis le commencement jusqu'à la fin, ou qui est devenue telle. Or toute opération vitale, même la plus pathologique, est réglée; à plus forte raison doit-il en être de même d'une synergie. L'ordre comprend non-seulement la forme des phénomènes, mais aussi leur succession, le temps où ils s'accomplissent. Plus la maladie est régulière, plus les crises le sont et plus elles arriveront à une époque fixe. Cela est évident pour certaines espèces morbides (fièvres exanthématiques), où tout se déroule suivant un plan établi d'avance et marquant l'emploi de chaque jour. Quoique moins inflexible, cet ordre est tracé dans toutes les maladies synergiques dès le début ou bien à partir d'un moment quelconque de leur durée. S'il en est ainsi, et il ne peut en être autrement, demandons à l'observation quel est l'ordre suivi dans la majorité

des maladies pour le temps d'évolution de leurs phénomènes. Depuis longues années, l'observation a répondu, et c'est sous sa dictée qu'Hippocrate a écrit que les maladies procédaient plus souvent par septénaires qu'autrement. Les jours critiques se fixent donc de préférence à la fin de chaque septénaire, et sont par conséquent ceux qu'Hippocrate a signalés.

En ce qui concerne les jours indicateurs, qu'y-a-t-il de surprenant si, comme je l'ai dit, la crise se montre exclusivement dans la période de détente, si elle est un travail inclus dans un autre et susceptible dès-lors d'être précédé par des prodromes; qu'y a-t-il de surprenant qu'on puisse prévoir sa venue lorsque la symptomatologie est complète? La question se réduit donc à ceci: est-il possible de reconnaître le commencement de la crise? Si oui, quel est, pour l'ordinaire, l'intervalle qui sépare ce pré-commencement de l'exécution effective? C'est encore une affaire d'observation. On a de nouveau interrogé celle-ci, qui a répondu que souvent cet intervalle était de quatre jours.

Cela étant admis, nous avons des jours critiques, des jours indicateurs. Que ferons-nous des autres? Rien dans les faits n'autorise la précision subtile qu'on leur a donnée. Hippocrate n'en dit rien, imitons son exemple.

Ainsi, en résumé: 1° jours plus souvent critiques; 2° jours plus souvent indicateurs; 3° jours qui ne présentent rien d'assez fixe pour qu'on puisse les caractériser d'une manière quelconque. Appelons-les, si on veut, jours intercalaires, et nous pouvons même nous dispenser de les nommer.

Voyons maintenant comment ces idées se sont formées, et ce qu'elles étaient réellement dans l'esprit d'Hippocrate, qui le premier les a formulées.

Elles sont, a-t-on dit, le produit de la doctrine pythagoricienne. Hippocrate, dans une lettre dont l'authenticité est contestée, et qu'il adressait à son fils Thessalus, recommande à ce dernier de s'attacher à la science des nombres. Celse reproche à Hippocrate de s'être inspiré de cette science. Beaucoup de médecins pensent comme Celse.

Hippocrate a-t-il emprunté à la philosophie de Pythagore? J'en suis convaincu. Platon a fait comme lui, mais tous les deux ont agi avec la liberté de leur haute intelligence. La doctrine de Pythagore s'enveloppait de mystères et elle est peu connue. On en sait

assez cependant pour affirmer qu'elle contenait de grandes vérités, que c'était une grande doctrine. Ceux qui ont attaché des vertus à l'abstraction qu'on appelle *nombres*, sont des enfants égarés du pythagoricisme. La véritable école était une école mathématique, cela est vrai, mais elle commençait par l'observation et cherchait l'ordre et les lois des phénomènes. Or, il y a toujours un rapport numérique dans la succession de phénomènes ordonnés entre eux, et par conséquent un rapport qui s'exprime par des chiffres. Le chiffre n'est qu'une formule et non un principe d'action. Ce chiffre n'a pas été déterminé *à priori*, mais *à posteriori*. Ce n'est pas par suite d'une propriété mystérieuse attachée au nombre sept que les maladies procèdent par septénaires et que le jour de la crise correspond au nombre sept ou à un multiple de sept; c'est parce que l'étude des faits a prouvé qu'il en était ainsi. En ce sens, tout le monde doit être pythagoricien. Les mathématiques sont utiles partout. L'astronomie, la physique, la chimie, ne peuvent s'en passer, parce que là les rapports numériques sont constants. En biologie, où règne la contingence, ils n'ont pas la même fixité. La chaîne des phénomènes est essentiellement variable dans sa forme et dans sa longueur. Les chiffres suivent les faits et sont mobiles comme eux, mais d'une mobilité qui ne dépasse pas certaines limites, et qui, par conséquent, obéit à des lois appréciables. Ces chiffres sont donc approximatifs et souffrent de nombreuses exceptions. A cette condition seulement les mathématiques sont applicables à la médecine. C'est ainsi qu'on établit par des chiffres la durée moyenne de la vie, des maladies, la fréquence de telles espèces dans un pays donné, dans une saison, etc. L'abus de ce mode de supputation existe dans la méthode dite numérique. Les partisans de cette méthode sont des pythagoriciens exagérés. On les scandaliserait singulièrement en leur disant que leurs conclusions ne sont pas déduites de l'observation, mais de certaines propriétés mystérieuses attachées aux nombres.

C'est pareillement faire insulte à Hippocrate que de penser qu'il n'a pas trouvé dans l'observation les chiffres qu'il a donnés. En supposant que les faits rapportés dans son œuvre ne fussent pas d'accord avec ses chiffres des jours critiques, cela ne prouverait rien contre ces derniers. Ils sont en trop petit nombre, et d'ailleurs ils sont choisis et racontés pour prouver autre chose. L'opinion

d'Hippocrate sur les jours critiques repose sur l'universalité des faits qu'il a connus, soit par lui-même, soit par tradition.

Mais enfin, que disent les observations racontées par Hippocrate, observations, je le répète, qui n'ont nullement été choisies dans l'intérêt de la question des crises ? De Haën a pris la peine d'en faire le dépouillement minutieux. Après cette opération arithmétique, il est arrivé à conclure que le plus grand nombre justifient la thèse hippocratique relative aux jours critiques et aux jours indicateurs. Cette thèse a paru exacte aux yeux des observateurs qui ont regardé de ce côté. Pour ne pas l'admettre comme vérité, il faut nier les crises et rompre complètement avec la médecine traditionnelle.

Ses adversaires se sont donné beau jeu en disant qu'Hippocrate fixait rigoureusement à certains jours les crises et leurs prodromes, ces choses étant hors de là impossibles. Alors les objections sont venues de toutes parts. On a mis aisément Hippocrate en contradiction avec lui-même, et l'on a remporté un triomphe facile mais imaginaire. Le Père de la médecine connaissait trop bien la nature vivante pour l'emprisonner ainsi dans un cercle de fer. Toute son œuvre proteste contre une pareille pensée. Il a dit, je dois le répéter, que le plus souvent, mais non toujours, il en était de telle manière. Cela est consigné dans tant de passages qu'une méprise me paraît inconcevable. Cette méprise est pourtant bien répandue, et je trouve opportun de rappeler quelques textes :

« Les maladies les plus aiguës[1] se terminent toutes en vingt jours, ayant entre elles des durées différentes qui varient d'environ quatre jours; mais on ne peut suivre ici un compte exact des jours entiers; l'année elle-même et les mois ne se terminent point avec la fin des jours[2].

Au livre des *Crises*, au moment où il indique l'ordre habituel, il ajoute[3]: « Cet ordre de maladies aiguës qui procède de quatre en quatre et s'étend jusqu'à vingt, ne comprend pas des jours parfaits, et ceci ne doit pas se compter à la rigueur »; et il revient encore sur sa comparaison significative avec les années et les mois, qui, dit-il, ne cadrent pas parfaitement avec leurs divisions en jours.

[1] Hippocrate; *Pronostics*, 61.

[2] Dans le calendrier grec, les années et les mois avaient en effet besoin d'intercalations fréquentes.

[3] Hippocrate; *Des crises*, 8.

«Ce que nous connaissons des crises est tantôt le même, tantôt différent[1]. »

Cette variabilité des jours critiques, qu'il admet ainsi en principe, est aussi explicitement reconnue pour les crises en particulier, pour les sueurs par exemple, forme si fréquente sous le ciel de la Grèce.

« Les sueurs dans les fièvres sont bonnes, quand elles commencent le 3e jour, le 5e, le 7e, le 9e, le 11e, le 14e, le 17e, le 21e, le 27e, le 31e, le 34e ; ces sueurs jugent les maladies. Quand elles viennent autrement, elles désignent l'embarras, la longueur de la maladie, et des rechutes[2]. »

On ne peut donc pas accuser Hippocrate de contradiction. Si tantôt il désigne le vingtième, tantôt le vingt et unième ; s'il dit que la crise se fait aux jours pairs ou impairs correspondant aux redoublements ; si la fille de Larisse a eu sa crise le sixième jour, etc., ce sont là tout autant d'exceptions hautement annoncées et comprises dans la règle.

Il y a un ordre habituel, un modèle complet, qui sont loin de se reproduire exactement dans tous les cas. Les maladies aiguës ont une tendance à prendre fin tels jours plutôt que tels autres, de telle manière plutôt qu'autrement. Mais plusieurs obstacles s'opposent à ce que cette tendance se réalise. Il y a dans le problème d'autres éléments dont il convient de tenir compte et qui fréquemment prédominent : anomalies idiosyncrasiques de la sensibilité, influence du moral, influence du milieu, provocations incidentes qui troublent, accélèrent, ralentissent les mouvements. Unité et variété sont la caractéristique des choses de la vie, plus fortement qu'ailleurs. L'unité se relâche en partie par le fait de la variété, la variété à son tour est contenue par l'unité ; en sorte que tout se meut dans une marge qui permet de nombreuses variations. Mais quand l'obstacle est levé, la tendance à se rapprocher du type se trouve incessamment présente, et l'exception rentre dans la règle. Admettons pour les crises ce type, qui est ce que j'ai dit ; mais reconnaissons en même temps les écarts possibles. Le mot type n'aurait plus de sens en médecine s'il n'y avait pas, à côté, des natures au fond semblables qui, tout en tendant à y revenir, sont

[1] Hippocrate ; *Épidémies*, liv. I, 43.
[2] Hippocrate ; *Aphorismes*, section IV, nº 36.

forcées par des causes assez puissantes de s'en éloigner plus ou moins à la suite d'influences accidentelles, portant sur les symptômes et sur l'époque de l'apparition de ces symptômes.

Qu'importe maintenant qu'on ait défiguré la pensée d'Hippocrate, en lui donnant une rigueur mathématique incompatible avec les lois de la vie? N'écoutons pas Galien quand il soutient que certains jours sont constamment heureux, d'autres constamment malheureux, de sorte qu'aucune maladie ne se terminerait défavorablement le septième, ni favorablement le sixième. Le sixième jour, qu'il a surnommé le *tyran*, ne justifie nullement son titre. Ce sont là des exagérations procédant d'une imagination trop vivement frappée par des faits qu'une observation plus calme a trouvés trop peu nombreux pour légitimer une règle générale aussi absolue.

Revenons à Hippocrate. Est-il vrai qu'en opérant sur les plus grands nombres on doive établir comme loi les jours critiques, les jours indicateurs? Comment s'en assurer? comment opérer un aussi vaste inventaire? Évidemment l'entreprise n'aboutira pas, si l'on prétend être complet. Mais cette condition n'est nullement nécessaire; il suffit de consulter au hasard les livres des observateurs de toutes les opinions, en donnant une attention particulière au témoignage de ceux qui dans la question des crises sont indifférents ou hostiles.

Partout on est frappé du retour presque incessant des chiffres 7, 14, 21, pour le jour où la maladie a pris fin.

Quand Chirac dogmatise, il n'a pas assez de sarcasmes contre la doctrine hippocratique des crises. Mais lisons son *Traité des fièvres*. A certains jours il suspendait sa thérapeutique turbulente, il attendait le septième, le quatorzième, le vingt et unième jour pour prescrire des évacuants; plus tôt, ils étaient sans effets ou nuisibles. Les fièvres inflammatoires se terminaient aux jours que je viens de dire, et cela d'ordinaire était heureux. Le sixième jour l'était moins souvent. Les sueurs se montraient surtout critiques aux septième, quatorzième, vingt et unième jours. Chez les sujets atteints de fièvres pestilentielles, les bubons paraissant le cinquième jour et le sixième étaient funestes; Chirac admet la prémisse sans vouloir la conclusion.

Sydenham est partisan des crises, mais il ne parle pas des jours critiques, et il passe pour ne pas y avoir cru. Cette assertion doit paraître étrange au lecteur de ses ouvrages. Citons quelques exem-

ples : La fièvre continue de 1661, 62, 63, 64, qui était inflammatoire et fréquemment compliquée de gastricité, avait pour terme habituel le quatorzième ou le vingt et unième jour, à l'aide d'un mouvement sudoral. A cette époque, les urines augmentaient habituellement de quantité et montraient des signes évidents de coction, ce qu'elles ne faisaient pas auparavant. La fièvre de 1673, 74, 75, qui était catarrhale, prenait fin le septième ou au plus tard le vingt et unième jour, lorsqu'elle se trouvait exempte de complication et qu'on la traitait convenablement. C'est Sydenham, personne ne l'ignore, qui, pour laisser aux fièvres exanthématiques leur cours libre et naturel et leur permettre de réaliser leurs crises, a stigmatisé et proscrit à jamais par son ascendant la méthode violemment sudorifique employée généralement avant lui. Toutes les fois, en un mot, que la nature lui paraissait suivre une voie avantageuse, il respectait ses actes, et les crises arrivaient aux jours hippocratiques.

Hildenbrand, successeur de Stoll à l'hôpital de Vienne, a fait un relevé statistique de 116 cas pris au hasard et publiquement dans sa clinique. Ses conclusions ont été conformes aux idées d'Hippocrate.

Je puis encore m'appuyer sur des témoignages contemporains et certes désintéressés. M. Littré[1], résumant les travaux publiés sur la fièvre typhoïde, est amené à conclure que les terminaisons les plus fréquentes ont lieu à la fin du troisième septénaire. M. Andral[2] dit que la péripneumonie se termine surtout les septième, onzième, quatorzième, vingtième jours. Chomel[3] en fixe les limites habituelles au septième ou au vingtième.

En présence d'une unanimité aussi manifeste dans des camps pourtant opposés, il faut croire à un malentendu de la part des adversaires des crises et des jours critiques. Ils adressent sûrement leurs objections à un système mathématique qui n'a jamais existé que dans la tête de ceux qui ont mis un zèle excessif au service des crises; les petites différences provenant de la manière de fixer le premier jour de la maladie, la difficulté fréquente de connaître ce premier jour dans la pratique hospitalière, ont paru mal à propos des objections valables. On a pu, on a dû rencontrer des exceptions; l'observation, en effet, en révèle plusieurs.

[1] Article *Dothinentérie* du *Dictionnaire en 30 vol.*

[2] Andral; *Clinique médicale*, tom. I, pag. 559.

[3] Chomel; *Pathol. génér.*, pag. 325.

Les crises ne sont pas également fréquentes dans tous les lieux, dans tous les temps. Le ciel de la Grèce leur était favorable. Sous des cieux analogues, elles se montrent les mêmes. Il n'est pas surprenant que les médecins qui observent dans le midi de la France, en Italie, en Espagne, soient particulièrement restés fidèles à la pensée d'Hippocrate.

Toutefois, aujourd'hui les maladies sont moins régulières que celles du temps de la médecine grecque, parce qu'elles sont moins simples. Ceci est un obstacle à leur évolution naturelle, typique, et par conséquent à l'apparition réglée, à la perfection des crises.

Le genre de civilisation des temps modernes a donné lieu à la prédominance des fonctions nerveuses, et a introduit dans les maladies l'élément de ce nom, source si féconde de complications perturbantes.

Les fonctions vasculaires, nutritives, sont bien moins énergiques maintenant qu'à l'époque où, par suite des nécessités sociales, l'hygiène était instituée pour le perfectionnement du corps, pour l'accroissement de la force physique. De là, une débilité relative dans le *robur* vital ; de là, une porte ouverte aux dégénérescences diathésiques; toutes choses très-capables de faire dévier les maladies.

Autre circonstance capable d'exercer une influence dans le même sens : On est aujourd'hui généralement moins confiant dans l'œuvre de la nature, et au fond, pour les raisons que je viens de rappeler, on n'a pas tout à fait tort. Mais il y a un autre motif de la turbulence de la médecine contemporaine, et celui-ci provient d'une manière erronée d'entendre la maladie. Beaucoup de médecins, émerveillés des progrès accomplis par les sciences physiques, s'imaginent que l'on peut gouverner la force vitale aussi bien que la force brute ; quelques-uns vont même jusqu'à l'identification de ces deux ordres de force. La maladie est pour cette École, je le répète encore, une lésion d'organe, lésion qu'il faut reconnaître à son commencement pour la combattre à tout prix. Arrêter les maladies à leur début est l'idéal poursuivi. La puissance de la faculté médicatrice a été, sous l'empire de pareilles idées, de plus en plus restreinte jusqu'à sa négation complète. Un praticien qui pense ainsi et qui agit en conséquence, dérange l'ordre des maladies. Qu'est-il surprenant s'il n'observe pas de crises, puisque par sa thérapeutique il les rend impossibles? Qu'on revienne à de

meilleures doctrines, qu'on fasse à l'expectation la part qui lui revient, et l'on retrouvera les crises et les jours critiques.

Ce temps n'est pas éloigné; on se montre très-peu satisfait des résultats de la médecine active sortie de l'organicisme. D'un excès de confiance, on passe à un excès de découragement. Au dire de médecins haut placés, l'expectation serait, au nom de la statistique, ce qu'il y a de mieux à faire dans le traitement de la plupart des maladies. Cela leur paraît prouvé pour la fièvre typhoïde, pour la péripneumonie. Voilà à quoi a abouti la prétention de ceux qui, confiants dans les découvertes anatomiques et dans le pouvoir d'agents thérapeutiques nouveaux, voulaient ne voir que de mauvais instincts dans l'organisme malade, et prétendaient le soumettre à leur despotisme thérapeutique.

Préservons-nous de tout excès. Ne faisons pas la force vitale ni meilleure ni pire qu'elle ne l'est en réalité. Sachons reconnaître qu'elle agit tantôt bien et tantôt mal, et efforçons-nous de découvrir les conditions de ces deux genres d'action. Ramenons-la dans la voie de la guérison quand elle s'en écarte, maintenons l'y quand elle la suit; et en alliant convenablement la médecine expectante et la médecine agissante, nous observerons assez de crises et de jours critiques pour nous décider à les admettre tels qu'ils ont été présentés dans les pages précédentes.

§ III. **Convalescence**.

Cette espèce de renaissance consciente dont on suit le progrès avec volupté, a été chantée par les poètes. Nous applaudissons quand les vers sont bons; mais ce que nous ne pouvons accepter, c'est la couleur trop littéraire donnée aux écrits publiés par les médecins sur ce sujet. L'imagination et la rhétorique y ont plus de place que les faits froidement observés.

La période réparatrice des maladies, où tout est bien developpé, comprend trois moments principaux : 1° préparation de la crise; 2° crise; 3° convalescence. Après celle-ci, le retour à l'état hygide est complet.

La convalescence, a-t-on dit, est un état intermédiaire entre la maladie et la santé. Cela est exact, mais insuffisant; il faut ajouter que la convalescence est un mouvement inverse de celui qui a lieu à l'époque de la naissance de la maladie. Alors le

fonctionnement hygide cédait progressivement devant le fonctionnement morbide; maintenant ce dernier s'efface devant le fonctionnement hygide, lequel reprend peu à peu le terrain qu'il a perdu. La restauration se fait de l'ensemble aux parties; l'ensemble, ayant récupéré son action la plus naturelle et sa liberté, s'attache à refaire dans les parties les fonctions permanentes de la santé. Malgré l'analogie possible et fréquente des phénomènes observés au début de la maladie et pendant la convalescence, la différence est grande entre ces deux états; elle est constituée par la direction du mouvement. C'est par là que la convalescence se distingue des périodes qui précèdent l'établissement définitif de la maladie, et que nous avons étudiées plus haut. La convalescence est donc la prédisposition, l'incubation, l'opportunité de la santé; d'un autre côté, la convalescence étant une opération gouvernée par un ensemble débarrassé de toute viciation morbide, se sépare ainsi de la crise et des autres mouvements dits médicateurs qui ont pu se manifester pendant la maladie.

Si l'ensemble est complètement restauré, si la réparation des altérations locales n'offre pas de difficultés, la convalescence marche bien, à moins d'un obstacle venu du dehors. Au bout d'un temps plus ou moins long, l'activité vitale, partout redevenue essentiellement et directement conservatrice, est rentrée dans sa norme hygide et laisse au sujet toute la garantie de bien-être et de durée à laquelle il peut aspirer. A ce moment, pour que le sujet retombe malade, des causes nouvelles et un second travail approprié sont nécessaires.

Si la maladie n'est pas complètement jugée, ou bien si les soins administrés ne sont pas convenables, la convalescence laisse à désirer, n'atteint pas sa fin, et, selon les cas, le sujet reste malade de la même maladie, ou le redevient d'une autre manière.

Quand il n'y a pas crise, ou quand la crise n'est pas apparente, il est difficile de dire l'instant précis où l'action hygide de la convalescence se substitue à l'action pathologique. La crise est le dernier effort morbide de l'ensemble. Après la crise et immédiatement, l'individu est en dehors de la maladie, et la convalescence s'établit.

Il s'en faut que la convalescence acquière toujours son entier développement et présente tous ses traits caractéristiques : la convalescence est courte, longue, parfaite, imparfaite, franche,

trompeuse, facile, embarrassée ; il y a enfin la convalescence où l'on meurt. Il convient donc d'admettre plusieurs sortes de convalescences, dont je ferai connaître les principales.

Selon moi, la vraie convalescence est celle dans laquelle la restauration hygide se fait de l'ensemble aux parties; en ce cas, beaucoup de maladies seraient sans convalescence.

Y a-t-il une convalescence à la suite des maladies purement locales? Oui, il y a convalescence. Qu'est-ce qu'une convalescence locale? C'est l'intervalle que réclame une partie altérée par la maladie pour reprendre progressivement son fonctionnement hygide. Personne n'en admet s'il s'agit d'une plaie légère, par exemple. La plaie intéresse-t-elle une grande quantité de tissus, il faudra un certain temps pour que le fonctionnement hygide soit complètement rétabli dans la région blessée ; mais on n'appellera pas cela une convalescence, tandis que ce mot sera prononcé si le traitement mis en œuvre pour la guérison de la solution de continuité a affaibli le sujet, ce qui exige un délai plus ou moins long pour la restauration de l'ensemble. De sorte que le mot convalescence n'est de mise que lorsque la maladie a été générale.

En fait de convalescence, il est d'autant plus nécessaire de mettre à part les scènes locales que celles-ci peuvent persister, le sujet étant parfaitement convalescent. C'est ce que l'on observe fréquemment à la suite des maladies générales, qui peuvent être guéries bien que leurs localisations ne le soient pas.

Bien plus, si l'on entend par guérison le retour complet à l'état hygide, celle-ci ne se réalise entièrement qu'après les lésions de l'ensemble, et n'est pas toujours aussi parfaite, il s'en faut, après les lésions locales. Les parties qui ont eu à subir une plaie, une phlegmasie, ne redeviennent jamais exactement ce qu'elles étaient auparavant. Trop souvent même le changement qui s'est opéré en elles est tel que le fonctionnement hygide est gêné, impossible, et pourtant l'individu est, à bon droit, réputé guéri. Il suffit pour cela que l'ensemble soit restauré, que le désordre resté dans la partie soit toléré, et que les organes des grandes fonctions soient susceptibles d'exécuter ce qui est nécessaire à la vie. Étant admis que le mot convalescence désigne un travail qui ramène à l'état hygide, ce mot s'applique dans toute sa vérité aux lésions de l'ensemble, et il cesse d'être juste pour les lésions qui portent sur le matériel des parties.

En conséquence, il y a des convalescences à la suite des maladies affectives, à la suite des subactions et des réactions qui ont été accompagnées d'un retentissement général. Ce qui se passe ailleurs est différent et ne doit pas être appelé ainsi.

La convalescence des subactions et des réactions qui apportent avec elles un trouble de l'ensemble, commence à partir du moment où la lésion première a perdu assez de son énergie pour être tolérée. Alors le système, n'ayant plus de raison pour rester ému, revient à l'action hygide. Si la subaction, la réaction, n'ont pas rencontré de prédisposition fâcheuse, la convalescence marche bien et vite.

Les traits principaux de cette convalescence sont les mêmes que ceux de la convalescence des maladies affectives. Ce que je vais dire de cette dernière suffira donc pour tous les cas.

On comprend que, plus la maladie a été grave, plus la convalescence est longue et accentuée. Le fonctionnement hygide, réduit à de minces proportions, a besoin, pour se rétablir, d'un temps et d'un labeur plus considérables. L'écart étant petit au contraire, dans une maladie légère, le retour se fait vite et le travail s'efface jusqu'à en devenir imperceptible. Tout étant égal d'ailleurs, le bon état des forces, la vigueur de la constitution, rendent la convalescence facile. Les convalescences de ce genre sont à peine aperçues et aisément dissimulées chez les personnes dont le moral est peu impressionnable, la vie rude, ou qui sont entraînées à l'action par une volonté énergique. Les sujets autrement disposés sentent outre mesure leur convalescence; elle paraît chez eux plus laborieuse qu'elle ne l'est en réalité.

L'étude de la convalescence est malaisée dans les maladies chroniques. Par suite de la lenteur propre à ces maladies, on ne peut apprécier le moment où l'impulsion pathologique s'arrête pour faire place à l'impulsion opposée. Le lendemain du jour où cette révolution s'est opérée, le syphilitique, le scrofuleux, le scorbutique, sont, en apparence, les mêmes que la veille. Le changement important qui s'est accompli en eux ne s'exprime pas immédiatement d'une façon prononcée. L'indice du début de la convalescence est fourni par les premiers traits du travail qui doit restaurer les lésions par lesquelles la maladie s'est exprimée. Cet indice est loin d'être toujours certain, car ces lésions peuvent disparaître dans un endroit pour se montrer ensuite ailleurs, et même

le mal visible peut se dissiper entièrement et l'affection rester latente ; dans ces cas, il n'y a que les apparences de la guérison, partant point de convalescence. Le temps seul apprend la vérité. On est plus affirmatif lorsqu'il y a une crise, et nous verrons tout à l'heure pourquoi ; mais les crises sont rares dans les maladies chroniques.

Au point de vue où nous sommes placés, ces maladies doivent être distinguées selon qu'elles laissent les forces du sujet intactes ou à peu près, ou selon que le sujet a été débilité par elles. La convalescence des premières s'exprime par peu ou point de symptômes. Dans les secondes, il faut un long temps pour que les forces se refassent, pour que le fonctionnement hygide se rétablisse entièrement, pour que le visage et l'attitude reprennent les allures de la santé. Un mois, plusieurs mois sont nécessaires. Chez les vieillards, les choses se passent habituellement ainsi ; parfois même l'empreinte laissée par la maladie est indélébile, et ils restent infirmes jusqu'à la mort.

Chez les enfants, au contraire, les rétablissements sont prompts à cause de leur activité vitale, qui se porte avec autant de fougue vers le bien que vers le mal.

C'est après les maladies aiguës que la convalescence apparaît de la façon la plus tranchée et d'autant mieux qu'il y a eu une crise. Pourquoi cela ? La crise bien faite constitue la séparation entre l'action morbide de l'ensemble et l'action hygide de retour. Quand les mouvements intérieurs sont convenablement exprimés, il est facile de reconnaître le temps de la fin de la maladie et du commencement de la convalescence. Cette appréciation n'est qu'approximative dans les cas de maladie aiguë qui guérissent par atténuation progressive.

Tant vaut la crise, tant vaut la convalescence. La perfection, l'imperfection de la première, passent dans la seconde. De là, l'importance de l'étude des crises. En connaissant bien la crise, son fort et son faible, on saura ce que vaut la convalescence, et le pronostic de l'avenir du sujet, eu égard à la maladie qu'il vient de subir, deviendra facile.

La convalescence est préparée, ou, pour parler plus exactement, rendue possible par la crise, puisque celle-ci lève l'obstacle qui s'opposait à l'action normale. Quels sont les phénomènes de la convalescence ? Ce sont des phénomènes d'abord imparfaitement

hygides et qui tendent à se compléter. N'y a-t-il, chez un convalescent, que des mouvements hygides? Non certes; il y a en outre les restes des localisations morbides, des manifestations critiques. L'action morbide de l'ensemble a seule disparu, et, je le répète, il n'est pas nécessaire, pour affirmer la convalescence, que tout dans le matériel du corps soit rétabli dans sa structure et dans sa forme. Les ulcères ne sont pas cicatrisés, les éruptions ne sont pas dissipées, les flux morbides ne sont pas taris, et cependant la convalescence a commencé. Il se peut même qu'une de ces lésions antérieures à la crise ou contemporaines, persévère en prenant droit de domicile. Si cette lésion, quoique étant le produit de l'état morbide primitif, s'en est rendue indépendante et est entretenue par d'autres causes, on dira que le sujet, convalescent de sa première maladie, est atteint d'une autre ayant son étiologie, sa symptomatologie, sa thérapeutique distinctes de celles de la précédente. La maladie nouvelle peut être grave : c'est ainsi que l'on voit des chloroses, des hydropisies, des phthisies, naître pendant une convalescence très-efficace en ce qui concerne la maladie à laquelle elle succède.

Une crise incomplète laisse au sujet une situation précaire. L'état morbide n'est pas entièrement dissipé. Dans les cas heureux, il s'efface progressivement. Dans les cas malheureux, la maladie prend la forme chronique, ou bien il y a une rechute. L'atténuation des symptômes observée alors n'est pas une convalescence.

I. Description de la convalescence.

On ne sait, ai-je dit, le début précis de la convalescence que lorsqu'il y a une crise appréciable et efficace. Sa fin ne peut être également fixée que d'une manière approximative, parce que le mouvement restaurateur a lieu insensiblement.

La convalescence est longue ou courte. Sa durée dépend des causes signalées plus haut : qualités de la crise, gravité de la maladie, déperdition des forces, faiblesse de la constitution. Tout ce qui augmente l'action de ces causes prolonge la crise et la rend laborieuse : âge avancé, infirmité du tempérament, mauvaise hygiène. La convalescence est longue lorsque la maladie a porté principalement sur les fonctions digestives et nutritives.

La convalescence trouve un excellent appui dans les circon-

stances opposées, Elle est courte et facile, tout étant d'ailleurs égal, après les maladies synergiques ou qui ont pris de bonne heure ce caractère. Les maladies inflammatoires sont les mieux partagées sous ce rapport.

Un bon traitement de la maladie est favorable à la convalescence. Aux temps broussaisiens, les convalescences étaient longues, pénibles, imparfaites, à cause des évacuations sanguines abusives, et parce que, se méfiant de l'estomac, on refusait au malade la nourriture dont il avait besoin pour recouvrer ses forces.

Les phénomènes de la convalescence diffèrent selon la nature de la maladie, selon son siége, selon la crise, etc. Ces choses ne sont pas susceptibles d'une description générale. Il est pourtant certains phénomènes que l'on trouve dans toutes ou dans la plupart des convalescences, et qui leur donnent une physionomie spéciale. Ce sont les seuls dont je dois parler ici : les uns sont appréciables par le médecin, le témoignage du sujet fait connaître les autres. Ceux-ci sont des phénomènes subjectifs, les autres sont objectifs.

1° *Phénomènes subjectifs.* — Sentiment de faiblesse; ce sentiment de faiblesse est naturel. Le sujet, qui n'est plus absorbé ni distrait par les émotions de la maladie, plus libre dans ses appréciations, mesure mieux ce qui lui manque; d'ailleurs il n'est plus couché dans son lit, il se rattache à la vie extérieure, et il constate à chaque instant l'infériorité de ses forces. La convalescence, étant une époque de transition, exige une dépense d'efforts dont les éléments font défaut pendant les premiers jours; la faiblesse est non-seulement sentie dans le département musculaire, mais encore dans les facultés intellectuelles; elle l'est aussi dans l'organe qui a le plus souffert pendant la maladie.

Cependant, on l'a dit avec raison, le convalescent est heureux; mais ce bonheur est affaire de raisonnement. Le convalescent compare son état présent avec celui d'où il sort; il a confiance dans l'avenir, et c'est de là surtout que vient son contentement. Sans cela, sa situation actuelle ne pourrait le satisfaire, car à sa faiblesse se joint une susceptibilité dont il n'évite les froissements que moyennant de grandes précautions et des privations incessantes. L'enfant, que son défaut de raison rend incapable de pareils jugements et imprévoyant, veut plus faire qu'il ne peut,

s'arrête à la réalité présente, ne connaît qu'elle, en est mécontent, et cela explique pourquoi il est grognon et maussade pendant la convalescence. Le convalescent se refroidit aisément; il doit en être ainsi, car l'excitation de la maladie était une source de chaleur, et cette excitation est tombée; le sujet est réduit à ses ressources hygides, qui sont fort appauvries. Les praticiens ont noté des rêves lascifs, des pollutions pendant le sommeil, même chez les vieillards; ce qui n'est pas certes un indice de vigueur, mais de l'irritabilité vitale dont je parlais tout à l'heure. Il ne faudrait pas écouter les suggestions de cet instinct perverti, car le coït est fatal aux convalescents.

2° *Phénomènes objectifs.* — Le sujet maigrit rapidement et d'une façon notable. L'amaigrissement est surtout visible à la face, qui en même temps devient plus pâle. Il est aisé de donner la raison de ce fait. En premier lieu, le mouvement fébrile donnait aux tissus une turgescence qui disparaît avec lui; d'un autre côté, les absorptions interstitielles étaient languissantes et reprennent leur activité dès le moment que l'ordre est revenu; enfin le sujet, par le fait de la maladie ou du traitement, a subi des évacuations plus ou moins abondantes, et qui assez fréquemment continuent pendant la convalescence. Aux premiers jours, le pouls demeure fréquent; mais si tout le reste va bien, il ne faut pas tenir compte de cette fréquence, et il convient tout de même d'accorder des aliments. Le ventre ne tarde pas à se resserrer, et il n'est pas rare que cela devienne une véritable constipation. Après les maladies graves, la chute des cheveux est un fait plus d'une fois observé, comme aussi la desquammation de l'épiderme. Cette desquammation est obligée là où la peau a été le siége d'une éruption, d'une phlegmasie.

Les forces, les fonctions hygides se complètent peu à peu. Chez les femmes très-affaiblies par la maladie, les règles ne reviennent qu'après deux mois ou davantage, et ce retard sert à la restauration des forces.

La digestion est, de toutes les fonctions, la plus importante dans l'espèce, celle dont le rétablissement est le plus désirable. C'est le point de départ de tout le bien qui va s'accomplir. Sans elle, rien ne se fait; laisse-t-elle à désirer, tout languit.

L'indication étant de procurer des forces au sujet, il convient d'obtenir de la part des organes de la digestion et de la nutrition tout ce qu'ils peuvent donner. Nous devons donc nourrir le con-

valescent avec les précautions commandées par la faiblesse et par l'irritabilité qu'il présente. Parfois le désir des aliments vient plus vite que la faculté de digérer; il faut accorder au malade, non ce qu'il demande, mais ce qui paraît convenable, en prenant toutefois en considération le désir qu'il exprime.

Une bonne hygiène doit concourir à l'œuvre de la convalescence, et les médicaments toniques seront indiqués quand l'hygiène ne paraîtra pas devoir suffire.

On doit, il est bon de le rappeler, prêter un soin particulier à l'organe sur lequel la maladie a porté son plus grand effort.

Plus la convalescence est franche et complète, plus facile il est de la diriger. Tout se réduit alors, le plus souvent, à éloigner les obstacles. Ne l'oublions pas néanmoins, le convalescent, même dans les circonstances heureuses, est comparable à l'enfant qui vient de naître; il s'essaye à l'existence avec des organes nouveaux et par conséquent impressionnables à un haut degré, avec des forces radicales qui ont besoin d'être ménagées. Une faute est souvent chèrement payée. Tout le monde a été témoin des fâcheuses conséquences qu'entraînent une indigestion, l'exposition au froid, la respiration d'un air impur, un travail corporel ou intellectuel au-dessus de la tolérance, etc. Tout cela, vu les circonstances, constitue autant d'excès qui deviennent de puissantes causes morbifiques.

Lorsque, ce qui n'est pas rare, on n'est pas certain de la guérison complète de la maladie, il est prudent de continuer le remède auquel on rapporte l'amélioration constatée. C'est ainsi que, par une sage précaution, on prescrit encore le mercure aux syphilitiques et le quinquina aux fébricitants qui paraissent guéris.

Une fausse convalescence, une convalescence mal dirigée, donnent lieu à des rechutes. Parler des rechutes, c'est compléter l'étude du sujet que je traite en ce moment.

§ IV. Rechutes.

La plupart des maladies sont susceptibles de recommencer leur évolution d'une manière semblable à la première ou sous une autre forme. Lorsque ce recommencement a lieu pendant la convalescence, cela s'appelle *rechute*. Une aggravation de la maladie avant la convalescence n'est pas une rechute.

Tantôt la rechute a lieu sans provocation appréciable, et l'on peut penser que l'état morbide, insuffisamment jugé malgré les apparences de guérison, était par lui-même capable d'un retour offensif. Tantôt la rechute doit être rapportée à une provocation, et il est probable alors que cette provocation a eu pour effet de donner à cet état morbide, en train de décroître, la force nécessaire pour se reconstituer. Le convalescent faible, irritable, impressionnable, cède aisément à l'action des causes morbifiques, et cela d'autant plus que la convalescence est plus près de son début. Les erreurs d'hygiène surtout ont des conséquences fâcheuses; cela se conçoit, car elles attaquent directement la synergie restauratrice qui s'opère, et amènent ainsi un trouble profond dans l'économie. Pour peu qu'un reste de l'état morbide subsiste encore, les conditions étant favorables, cet état morbide reviendra avec la même énergie qu'auparavant. Quand la maladie est de celles qui ne peuvent se répéter, ou bien quand il existe une autre prédisposition plus puissante, ce sera une maladie nouvelle qui succédera à la première. Ce second cas sera considéré comme une rechute, s'il suffit que le convalescent redevienne malade pour qu'on puisse donner ce nom à la seconde maladie. A ce compte, il y aurait trois espèces de rechutes :

1° Celle où la principale cause de la maladie vient du dehors, le sujet ne fournissant qu'un terrain rendu favorable par suite de sa faiblesse, de sa susceptibilité ; 2° celle où la maladie nouvelle est une conséquence de la première ; 3° celle où la même maladie recommence. Cette dernière est le type de la rechute.

La rechute, prise en ce sens, est un fait d'intermittence présenté par une maladie qui, de sa nature, n'est pas intermittente et reprend son type habituel. Telles sont la péripneumonie, la dysenterie, etc., recommençant à nouveau après la disparition de leurs phénomènes. On ne dira pas que la fièvre d'accès, l'épilepsie, l'asthme, sont des rechutes, lorsque ces maladies reparaissent sans qu'il y ait de motif pour croire à la guérison. Tout au plus la question de rechute pourrait-elle être posée si l'intervalle de silence était considérable. La reprise de la même maladie peut être une récidive [1]. Les circonstances du fait permettent seules de se prononcer. La récidive n'est pas probable quand il s'agit

[1] Voyez ce mot.

d'une maladie difficilement curable : épilepsie constitutionnelle, maladie diathésique, etc.

La rechute est précédée d'un effacement de l'état morbide tel qu'on a lieu de le croire disparu. Il n'a pas disparu tout à fait pourtant ; en réalité, il n'y a pas de solution de continuité et les deux maladies se relient entre elles.

Puisque l'état morbide n'est qu'atténué, il n'a pas été complètement jugé. La crise n'a donc pas eu lieu, ou bien elle a été imparfaite. Tous les bons médecins pensent là-dessus comme Hippocrate : « Ce qui reste dans les maladies après les crises, produit ordinairement des rechutes [1]. » C'est donc à l'insuffisance de la crise qu'il faut attribuer les rechutes. Certes, un convalescent d'une maladie bien jugée peut devenir malade, mais alors il a une autre maladie. La rechute n'existe que pour les états morbides qui peuvent rester latents, avec les apparences de la guérison. En conséquence, une maladie qui n'est que locale (plaie, fracture) étant inséparable de son état morbide, n'est pas susceptible de rechute ; une maladie locale ne peut se reformer qu'à la suite d'une nouvelle cause équivalente à la première, quand la dégradation organique est complètement restaurée.

La rechute dépend du même état morbide, et s'exprime assez ordinairement à l'aide d'un appareil symptomatique semblable à celui de la maladie qu'elle suit. Les symptômes, le siége, peuvent pourtant différer, malgré la communauté de nature. Il importe que le praticien, se laissant tromper par les phénomènes, ne prenne pas pour nouvelle une maladie qui au fond est encore la même. Ainsi, une affection catarrhale à forme d'angine revêt, en rechutant, la forme thoracique, abdominale, céphalique.

On peut reconnaître la probabilité des rechutes. Il n'y a pas eu de crise, ou bien la crise n'était pas celle qui convenait à la maladie, ou bien enfin la crise a laissé à désirer dans un détail important de son évolution. Les choses étant ainsi, la rechute n'est certes pas inévitable, mais cela commande la vigilance et donne plus de valeur aux signes dont je vais parler.

Ce sont tous ceux indiquant que le mouvement restaurateur de la convalescence rencontre des difficultés. L'action hygide ne progresse pas, elle est irrégulière et rétrograde. Il est inutile d'é-

[1] Hippocrate ; *Aphorismes*, sect. 2, n° 12.

numérer ces signes ; le premier venu les constate, le malade s'en plaint : sommeil agité, insomnie, faiblesse croissante, douleurs erratiques ou fixées sur un point, appréhensions, etc.

J'ai signalé l'importance des fonctions digestives et nutritives dans la convalescence, et il est bon d'insister un peu sur ce point à l'occasion de la rechute. Sans doute ces fonctions doivent être rétablies pour que les forces reviennent. Mais il ne s'ensuit pas qu'elles doivent, dès le premier jour, atteindre leur plus haut degré; fréquemment alors l'appétit et l'estomac ne sont pas aussi puissants que dans l'état de santé. Cela est dans l'ordre, car l'appareil digestif participe à l'infirmité générale; il est dans l'ordre aussi que cette infirmité disparaisse progressivement, et plus d'une fois elle tarde un peu trop, ce qui rend utile l'emploi des amers stomachiques, de l'exercice, etc.; moyennant ces auxiliaires, la fonction de la convalescence atteint convenablement sa fin. Néanmoins, un grand appétit dès le début est pour le praticien un sujet d'étonnement, sinon de crainte. Il s'en méfie prudemment et ne lui donne satisfaction qu'avec mesure; car il arrive, je l'ai déjà dit, que le désir de manger reparaît avec énergie, alors que les organes digestifs ne sont pas encore refaits dans la même proportion. Rappelons-nous à ce sujet l'aphorisme d'Hippocrate[1] : « Pour l'ordinaire, les malades qui dans la convalescence ont grand appétit les premiers jours, et qui ne vont pas mieux, finissent par tomber dans le dégoût. Ceux au contraire qui sont dégoûtés dans le commencement, même beaucoup, et qui ensuite acquièrent de l'appétit, recouvrent mieux la santé. »

Des digestions en apparence irréprochables ne suffisent pas, il faut que la nutrition se fasse, qu'il y ait profit évident pour les forces et pour le matériel du corps. Ceci est encore une vieille vérité d'expérience formulée par Hippocrate dans l'aphorisme qui précède immédiatement celui que je viens de rappeler[2] : « Être bien nourri pendant la convalescence sans que le corps en profite, cela est mauvais. »

Peut-on prévenir une rechute? Certainement oui. A-t-on constaté les signes indiqués plus haut, c'est un sujet de crainte, mais non une raison pour croire la rechute ou toute autre maladie inévita-

[1] Hippocrate; *Aphorismes*, sect. 2, n° 32.

[2] Ibid.; *loc. cit.*, sect. 2, n° 31.

bles. Il est très-possible que l'affection continue son mouvement de décroissance, que le travail de restauration s'invigore et amène une guérison complète. L'indication est d'y aider de toute manière, en prescrivant tout ce qui peut augmenter la somme des forces, en surveillant de plus près l'hygiène du malade, en s'efforçant de parfaire les crises. Combien de convalescences déviées on redresse ainsi, quand le malade et le médecin, également sages et en mesure de se procurer tout le nécessaire, unissent leurs efforts dans un concert intelligent !

Compléter le traitement est une précaution essentielle. Il y a des maladies plus obstinées, plus vivaces que d'autres : telle est la fièvre d'accès, telles sont les maladies diathésiques. Combien de rechutes de ce genre, parce qu'on n'a pas continué suffisamment les remèdes appropriés !

Soit imprudence ou inhabileté, soit parce que le mal était au-dessus de la portée des moyens employés, la rechute a lieu; quel pronostic porter? Ce pronostic diffère évidemment selon la nature de la maladie, selon la situation particulière où le sujet se trouve. Sans entrer dans des détails qui seraient impossibles dans un ouvrage tel que celui-ci, je dirai cependant que, tout étant égal d'ailleurs, les rechutes des maladies intermittentes sont moins graves. Dans les maladies de ce genre, la rechute est une chose plus naturelle, plus habituelle que dans les autres. Ainsi, le retour d'une fièvre d'accès annoncera seulement l'obstination du mal. Une péripneumonie, une fièvre bilieuse, etc., qui rechutent, sont d'ordinaire plus sérieuses qu'auparavant. Les dégradations organiques se reforment avec plus de rapidité, la marche est irrégulière. L'atteinte portée aux forces rend difficile l'établissement d'une synergie médicatrice irréprochable.

La règle générale suivante s'applique à tous ces cas : la rechute est d'autant plus fâcheuse qu'elle a lieu dans les premiers jours de la convalescence. A cette époque, le sujet n'a pu se refaire en aucune manière, sa faiblesse et son irritabilité le placent dans des conditions défavorables. Ces conditions s'améliorent en proportion de ce qu'il a pu gagner en restauration hygide et en forces.

La rechute spontanée est, toutes choses égales d'ailleurs, plus grave que la rechute provoquée : elle indique une tendance plus prononcée vers le retour du mal, plus d'opiniâtreté, plus de force de reconstitution dans l'état morbide persistant.

Pour les motifs que je viens d'indiquer, le traitement de la rechute, sauf les cas légers, est difficile. Quand la faiblesse du sujet s'aggrave de la présence de circonstances particulières, un âge avancé, par exemple, il n'y a pas de petite maladie. Dans un corps délabré, la moindre perturbation est sérieuse. De là souvent, l'indication d'une thérapeutique jugulatrice, laquelle malheureusement est difficile à appliquer, à cause de la nécessité de respecter le peu d'énergie qui reste.

Le praticien traitera avec un soin minutieux les effets d'une erreur hygiénique : indigestion, émotion morale, etc. Dans plusieurs cas, on a vu des rechutes ainsi survenues rétrograder dès leur début, à mesure que l'orage provocateur se calmait, et prendre fin avec lui. De pareils faits justifieraient, s'il était nécessaire, le précepte que je formulais tout à l'heure, et font comprendre la haute importance du traitement des convalescents.

Si le mal n'est pas susceptible de rechute (variole, scarlatine, rougeole, fièvre typhoïde), on devra penser aux maladies auxquelles le sujet est prédisposé dans la situation particulière où il se trouve, et modifier le traitement en conséquence.

La meilleure partie du traitement prophylactique des rechutes est la préparation, le perfectionnement des crises. On prépare les crises en dirigeant convenablement l'évolution des maladies; on les perfectionne en provoquant, par l'art, des actions jugées médicatrices d'après l'expérience. On a abusé jadis de ce dernier point, en le formulant en règles inflexibles et toujours d'une application absolue. Il fallait purger tant de fois, prescrire tant de clystères, ordonner telle tisane dépurative. Cette pratique à la Purgon était ridicule et méritait les sarcasmes de Molière. Il n'en est pas moins vrai que derrière cet abus il y avait une vérité que, par une réaction excessive, beaucoup de médecins méconnaissent aujourd'hui.

§ V. **Récidive**.

C'est, dit-on, la répétition de la même maladie après la convalescence. La récidive se distingue ainsi de la rechute qui survient pendant la convalescence. Ces définitions, faites d'après des notions purement chronologiques, sont insuffisantes ; elles ne disent rien sur la nature de l'objet défini et ne suggèrent pas l'indication pratique première. Il est mieux de penser que la rechute est la ré-

pétition d'une maladie en apparence guérie, et que la récidive implique cette guérison[1]. Toutefois cette définition de la récidive n'est pas encore complète.

Le mot *récidive*, emprunté à la langue des moralistes, des tribunaux, n'est employé que pour les mauvaises actions; il suppose quelque chose qui est de la faute du sujet, dont celui-ci est responsable, et qui a ramené la répétition de l'acte coupable. Aussi les récidives sont-elles punies plus sévèrement. Le fait de la récidive est donc une circonstance aggravante, parce qu'il indique la ténacité d'un penchant vicieux. Il est utile, ainsi qu'on va le voir, de conserver cette idée dans l'appréciation des récidives pathologiques.

Il faut qu'il y ait de la faute du sujet quand une maladie revient en récidive. Un lien causal, pour si faible qu'il soit, doit exister entre la première maladie et la maladie de retour; sans quoi le mot récidive s'appliquerait à des cas pour lequels il ne convient pas et qu'on doit au moins distinguer des autres.

Le même individu, à des époques éloignées de son existence, subit deux fractures en tombant d'un lieu élevé, s'indigère deux fois pour avoir trop copieusement mangé. Personne ne dira que ce sont là des récidives, pas plus qu'on ne pourra le dire de toute autre maladie ayant pour unique raison d'être une puissante provocation. La santé la meilleure, le corps le mieux conformé, sont désarmés contre des provocations aussi énergiques, et celles-ci réaliseront leurs effets, à diverses reprises, sans que rien, dans le sujet, soit capable de faire prévoir et de justifier la répétition du même accident. Évidemment les maladies ainsi inévitables pour tout le monde n'ont pas à intervenir dans la question des rechutes et des récidives.

Le cas change, et le mot récidive perd son impropriété si un vice permanent, organique ou dynamique, entre pour sa part dans l'événement, de telle sorte que la cause provocatrice serait de nul effet chez un individu mieux doué. Par exemple, les os étant devenus fragiles sous l'influence d'une diathèse, cette altération facilitera de nouvelles fractures; l'estomac étant atteint d'une susceptibilité morbide, une quantité médiocre d'aliments provo-

[1] Voir, sur le sujet des *rechutes* et des *récidives*, une bonne thèse soutenue par M. Charvot. Montpellier, 1858.

quera des indigestions. Dans ces cas et dans les analogues, la maladie de retour se rattache à la première. C'est un vice inhérent au sujet qui tient la première place dans cette pathogénie. Le sujet est responsable; il y a de sa faute si le mal se répète, et l'on peut appeler cela récidive.

Mais s'il faut que la maladie conserve une liaison causale avec la précédente pour présenter les caractères de la récidive, comment distinguer celle-ci de la rechute? Il est aisé de lever cette difficulté. La rechute a lieu parce que l'état morbide n'est effacé qu'en apparence et persiste en réalité; c'est la même maladie qui continue en redoublant, et pour ce motif on a raison de dire que la rechute éclate pendant la convalescence. Quand il y a récidive, la première maladie a été guérie, et c'est une nouvelle manifestation de la même maladie qui commence longtemps après. De ce côté, la récidive se distingue de la rechute. Elle s'en rapproche pourtant d'une manière très-appréciable en ceci, qu'il existe un lien causal entre les deux maladies, et ce lien est la *prédisposition*.

La prédisposition, nous le verrons, n'est pas la maladie, mais une tendance à telle maladie. Elle vient de l'hérédité, du tempérament, du milieu où l'on vit, des habitudes contractées, de la profession et de certaines circonstances organiques. Un sujet prédisposé aux affections catarrhales en contractera une dont il guérira. Mais si, comme c'est l'ordinaire, il conserve la même prédisposition, tôt ou tard une autre affection semblable reviendra. Ce seront certainement deux maladies distinctes, mais se reliant entre elles par le fait commun de la prédisposition. La seconde sera donc une véritable récidive. Un sujet présentant une hypertrophie des amygdales sera plus exposé qu'un autre à l'angine tonsillaire. Les catarrhes qu'il contractera prendront plutôt cette dernière forme qu'une autre. La prédisposition de l'ensemble décide la nature de l'affection qui est catarrhale; le vice local décide le siége de cette affection. Tout cela est récidive. Ce serait rechute, si les symptômes de la seconde angine reparaissaient pendant la convalescence de la première.

Je conviens que dans quelques cas, surtout s'il s'agit de maladies intermittentes, on sera embarrassé pour se prononcer. Après une fièvre d'accès paraissant guérie, l'on contracte une autre fièvre. Est-ce rechute ou récidive, ou bien une maladie entièrement nouvelle, sans racine aucune dans le passé? Ce sera une rechute si le

peu de temps écoulé, si l'absence de toute provocation, si la forme des accès, permettent de les considérer comme la continuation de la même maladie, un temps arrêtée dans son expression phénoménale. Ce sera une récidive si, le sujet ayant repris depuis longtemps toutes les allures de la santé, on a lieu de croire pourtant, d'après son passé, d'après les circonstances spéciales du fait, qu'il a conservé une prédisposition à contracter les fièvres d'accès. Ce sera une maladie entièrement nouvelle, si l'on estime qu'elle est due exclusivement à la puissance de l'effluve auquel le sujet s'est exposé. Le cas est douteux quand la combinaison des circonstances est telle que les données du fait sont indécises et n'ont pas une suffisante signification. Tout se réduit à diagnostiquer la prédisposition, et l'on se souviendra que celle-ci peut seule, en progressant et par ses seules forces, donner lieu à la maladie; ou bien qu'étant encore trop faible pour ce résultat, elle a besoin de l'appoint fourni par une cause provocatrice. La coopération de cette dernière n'autorise pas à nier la prédisposition.

Il résulte de ce qui précède que la répétition d'une maladie peut avoir lieu de trois manières : rechute, récidive, et réitération pure et simple, c'est-à-dire reconstitution de la maladie à nouveau dans toutes les parties de sa pathogénie.

Ne confondons pas avec une récidive la maladie chronique qui reprend sa marche après avoir été quelque temps assoupie, latente. Les affections épileptique, cancéreuse, herpétique, scrofuleuse, goutteuse, syphilitique, etc., peuvent offrir des exemples de ce genre; loin d'être des récidives, les manifestations dépendent, dans ces cas, de la même maladie, qui continue sans solution de continuité dans son état morbide interne.

C'est aller trop loin que d'affirmer l'impossibilité où sont quelques maladies de se répéter par rechute, récidive ou simplement par réitération. Il est seulement exact de dire que certaines affections en sont très-peu susceptibles : variole, vaccine, rougeole, scarlatine, auxquelles il semble qu'il convient d'ajouter la fièvre typhoïde, le typhus, la fièvre jaune, la peste. On a voulu récemment ranger l'affection syphilitique dans cette catégorie. Il serait imprudent d'adopter cette grave opinion avant un examen plus approfondi. La vérité est que toute maladie, sans exception, est susceptible de répétition.

Contrairement aux maladies dont le retour est l'exception, il

en est qui se reproduisent facilement : affections catarrhale, rhumatismale, intermittente; érysipèle, roséole, urticaire, migraine, aliénation mentale, etc. C'est quand ces répétitions se multiplient dans la même existence, qu'il est nécessaire d'invoquer l'intervention d'une cause prédisposante, et d'en tenir grand compte pour le traitement.

La rechute impliquant un temps d'arrêt dans la marche de la convalescence, j'ai pu décrire les signes qui permettent de croire à sa proximité. Il n'en est pas de même de la récidive, qui saisit le sujet revenu en pleine santé. On est autorisé à craindre une récidive quand la maladie est de celles qui par elles-mêmes ont particulièrement cette tendance, quand on a lieu de croire que la prédisposition subsiste. Si le sujet a été récemment exposé à une cause provocatrice puissante, il y a des chances pour que la récidive soit prochaine. La connaissance du passé fournit des lumières qui facilitent ce genre de pronostic.

Je termine par quelques réflexions générales.

Et d'abord je dirai, comme je l'ai fait pour les rechutes, que la récidive reproduit souvent la même affection et la même manifestation morbide; dans ce cas, il n'échappe à personne qu'il s'agit d'une véritable répétition. La récidive peut présenter un nouveau siége, de nouveaux symptômes, quoique le même état morbide existe ; ici, celui qui verrait toute la maladie dans le phénomène sensible, commettrait une erreur de diagnostic et méconnaîtrait la répétition. Celle-ci est pourtant incontestable. La forme de la maladie est différente, mais la nature est la même. Un individu est atteint d'une angine catarrhale, et guérit. Plus tard il contracte un catarrhe pulmonaire, suivi, après un autre intervalle de santé, d'une fièvre catarrhale sans localisation bien accentuée, etc. Ce sont là vraiment des manifestations de la même maladie, et par conséquent des récidives.

Il peut y avoir, il y a souvent plus de deux récidives. L'affection dont je viens de parler en est une preuve manifeste; j'en dis autant de l'affection érysipélateuse. Quelques médecins ont cru remarquer dans le mode d'apparition des récidives un ordre régulier, un périodisme à long terme. Les faits ne justifient pas une semblable pensée. La seule chose vraie est que les récidives ont lieu plus volontiers aux époques où les causes qui les provoquent exercent leur action ; et comme assez fréquemment ces époques sont elles-mêmes

réglées, on a pris facilement le change. Pourquoi les catarrhes qui récidivent ont-ils généralement lieu en automne, au printemps? Pourquoi l'érysipèle se répète-t-il en été? les maladies inflammatoires en hiver? La réponse est facile. C'est que dans ces saisons, les conditions du milieu sont favorables à la réalisation de ces maladies.

Une maladie peut, quand elle récidive, être ou plus grave ou moins grave que lors de sa première apparition. Ce dernier cas arrive fréquemment pour celles qui, étant tolérées, peuvent se répéter souvent : catarrhe, érysipèle. Elles finissent ordinairement par prendre les proportions d'une maladie légère. En vertu de l'assuétude, les mouvements morbides ont plus d'assurance, l'évolution se fait mieux et plus vite, et il n'y a pas d'intolérance sérieuse. La variole qui se répète prend généralement les formes modérées et moins inquiétantes de la varioloïde. Il y a des exceptions à cette règle; varioloïdes ou non, les varioles qui se répètent peuvent être mortelles.

Les maladies qui ont de la tendance à revêtir le caractère diathésique, l'acquièrent en se répétant. L'affection rhumatismale en est un exemple.

Chomel [1] a observé à l'hôpital de la Charité de Paris, un individu atteint de péripneumonie pour la dixième fois. La première atteinte avait été de beaucoup la plus grave. Il ne faudrait pas pourtant ériger en loi que les phlegmasies sont moins dangereuses lorsqu'elles récidivent. A conditions égales, l'inverse me paraît être plus près de la vérité. Il me semble, en effet, raisonnable de penser qu'un organe déjà sérieusement altéré, conserve un degré d'infirmité qui le rend moins propre à réaliser une seconde maladie. Tout le monde sait le péril qui s'attache aux apoplexies, aux hémoptysies, quand elles se reproduisent.

Les récidives se montrent pendant une période de la vie humaine. Cette période une fois passée, la suivante amène des modifications telles que la prédisposition peut disparaître, et avec elle les récidives. Il n'est pas rare de ne plus trouver chez les vieillards les maladies qui se répétaient fréquemment quand ils étaient moins âgés. J'ai sous les yeux une dame, jadis très-sujette aux érysipèles, et qui n'en a plus depuis qu'elle est arrivée à un

[1] Chomel; *Pathol. génér.*, pag. 376.

âge avancé. Par contre, on voit d'autres maladies qui se répétaient auparavant, devenir permanentes à l'époque de la vieillesse : catarrhe bronchique, rhumatisme.

La thérapeutique des récidives ne diffère pas de celle des autres maladies. Il faut seulement remarquer qu'un traitement prophylactique doit être institué en vue de la prédisposition. Ce point, à un haut degré important, suffit pour justifier les distinctions que j'ai proposées.

Le traitement curatif s'éclaire des observations déjà faites dans la ou dans les maladies précédentes. Pour ce motif, on conçoit que le médecin ordinaire a ici un grand avantage sur celui qui voit le sujet pour la première fois.

§ VI. **Mort.**

La mort est un des dénoûments de la maladie. Je dois donc en parler. Quels sont les modes suivant lesquels la maladie aboutit à la mort ?

En premier lieu, qu'est-ce que la mort? Pour définir la mort dans son intimité, dans sa totalité, il faudrait connaître le fait de la vie. La mort et la vie ne peuvent se définir que par l'énoncé de certains caractères phénoménaux. Ces caractères doivent être spécifiés en eux-mêmes, ce que Bichat ne fait pas assez en se contentant de dire que la vie est l'ensemble des fonctions qui résistent à la mort. Il aurait dû s'expliquer sur ce que sont ces fonctions. En outre, ce n'est pas parler scientifiquement que de présenter la mort comme une puissance qui est en lutte avec une autre puissance et finit par l'emporter. Cette idée n'est qu'une métaphore à l'usage des poètes.

Il n'y a pas d'être que l'on puisse appeler la mort. La mort est une privation, un changement d'état ; c'est la perte d'une qualité par laquelle un corps constituait un individu distinct et méritait d'être classé dans une catégorie particulière. Quand ce corps n'a plus son individualité, quand il est condamné à passer dans la catégorie des êtres forts différents qui sont entièrement gouvernés par les forces physico-chimiques, on dit qu'il est mort.

En quoi consiste cette qualité essentielle dont la présence fait la vie, dont l'absence fait la mort?

L'abolition d'une fonction quelconque n'est pas la mort, car il

y a des fonctions non nécessaires qui disparaissent en laissant la vie ; il ne peut donc être question ici que d'une fonction indispensable : respiration, circulation, innervation, nutrition. Évidemment, là où une de ces fonctions est radicalement détruite, la mort est inévitable. Seulement la mort est moins prompte à venir quand l'obstacle porte exclusivement sur l'acte nutritif.

Toute mort implique l'arrêt définitif des quatre grandes fonctions que je viens de rappeler. Néanmoins, l'arrêt de l'une de ces grandes fonctions précédant souvent celui des autres, cela donne à l'événement un caractère spécial. La mort provenant primitivement de la cessation de l'action du cœur, s'appelle syncope; pour les poumons, c'est la suffocation. Bichat, à qui l'on doit sur ce sujet d'intéressantes études, nomme apoplexie la mort par le cerveau. Cerveau et apoplexie ne disent pas assez. Il y a d'autres centres nerveux que le cerveau, et les centres nerveux peuvent être atteints autrement que par apoplexie. L'expression générale de mort par cessation de l'action nerveuse serait préférable; moyennant ces corrections, l'ancienne division classique proposée par Bichat pourrait être conservée.

Il est naturel de se demander pourquoi la cessation entière et irrévocable de l'une de ces fonctions amène la mort. Je ne vois qu'une réponse possible à cette demande. Le propre de la vie étant la réunion de certaines actions harmonisées de façon à former un tout distinct, un individu, ce qui transforme cet individu en cadavre agit en rendant la continuation de l'harmonie impossible, en donnant assez d'indépendance aux parties pour qu'elles subissent d'autres lois. Le fait essentiel de la mort est donc l'extinction définitive du pouvoir qui maintient les parties dans un ensemble unitaire. On va, dans un instant, acquérir la preuve que les faits s'opposent à ce qu'on définisse la mort : la cessation de l'action vitale ; car des actions vitales, même complexes, peuvent être exécutées par un corps vraiment mort. Et voilà pourquoi on n'est pas admis à définir la mort : la substitution de l'action physico-chimique à l'action vitale. Cette substitution n'a pas lieu immédiatement, il s'en faut de beaucoup. La mort est donc la destruction de la fonction d'ensemble qui produit, entretient et unit harmoniquement les fonctions des parties, et est le dernier reste de l'individualité. Existe-t-il quelque part dans le corps une partie essentielle de laquelle dépend le jeu de toutes les autres ? Il sem-

blerait, d'après l'expérimentation, que c'est le lieu, dans la moelle allongée, où naissent les nerfs respiratoires. Dans l'immense majorité des cas, ce point n'est atteint que consécutivement. On peut donc affirmer que la perte radicale de l'une ou de l'autre des fonctions indispensables à la synergie dont j'ai parlé, constitue réellement la mort.

Il peut y avoir des difficultés à s'assurer que l'une ou plusieurs de ces facultés sont décidément perdues. On voit des individus qui ne sont pas morts, ainsi que l'événement l'a prouvé, et qui ne présentent aucune trace sensible de respiration, de circulation, d'innervation, de nutrition. La faculté radicale peut donc survivre à la fonction, et la vie rester latente. Il y a des morts apparentes où la vie n'est qu'arrêtée et non détruite. Ce fait, qui a de si grandes conséquences théoriques et pratiques, est étudié ailleurs ; je me contente de le signaler, et il ne sera question ici que de la mort réelle.

La mort étant considérée dans ses phénomènes présente deux moments très-intéressants à distinguer pour le médecin philosophe et pour le médecin légiste.

1° Le moment où l'unité est brisée, au point de ne plus pouvoir se reformer telle qu'elle est nécessaire pour la vie de l'ensemble. Quand cette limite est franchie, l'âme disparaît : on n'a plus qu'un cadavre devant soi. Je sais, et je l'ai dit tout à l'heure, que le diagnostic de ce moment est dans quelques circonstances exceptionnelles fort difficile à faire ; mais d'ordinaire, personne ne s'y trompe ; il suffit de constater l'absence de la respiration, de la circulation, de la sensibilité. Les faits rares où la vie n'est qu'interrompue, prouvent la difficulté de certains de nos diagnostics, mais n'ont aucune portée eu égard à la non-existence du moment de la mort dont je parle.

2° Le second moment est celui où toute trace de faculté vitale a disparu, où par conséquent l'agrégat corporel appartient entièrement à la force physico-chimique.

Ces considérations nous autorisent à reconnaître deux actes dans le drame de la mort.

Dans le premier, la partie la plus importante de la vie, celle qui contient toutes les autres, est détruite ; mais toute la vie ne l'est pas. Cette circonstance n'est pas connue du vulgaire et même de plusieurs médecins. Elle est pourtant démontrée par des preuves

telles que la contestation est impossible. Il n'est pas nécessaire d'invoquer les faits singuliers d'éruption varioleuse, d'expulsion d'un fœtus, d'allongement très-prononcé des poils, des ongles, et des observations rassemblées par Gardmann dans son livre intitulé : *De miraculis mortuorum*. Dans la première phase de la mort, le cadavre contient une vie locale qui persiste dans les parties et qui manifeste sa présence à l'aide d'expérimentations faciles et fort significatives. En dépit du mot en usage, ce cadavre n'est pas *inanimé* et la force physico-chimique est forcée d'attendre sa proie. Cette proie est assurée sans doute, car le reste de vie s'amoindrit irrésistiblement et fatalement jusqu'à son extinction complète. Le mouvement de putréfaction ne commence pas immédiatement après la mort. Il y a encore assez de vie dans les tissus pour qu'ils répondent vitalement aux divers stimulus, et notamment à l'excitation galvanique. Le sang présente pendant un certain temps, dans ses globules, un mouvement appréciable au microscope. La rigidité cadavérique est probablement le dernier effort de la vie qui s'éteint. L'étude des phénomènes dont je parle a des conséquences importantes en pratique médico-légale, quand il s'agit de distinguer les lésions faites avant la mort de celles qui ont été faites après. Ce n'est pas un sujet de spéculation pure[1].

Il y a donc une vie cadavérique ; vie partielle qui continue après le fait unitaire indispensable pour qu'un agrégat soit déclaré vivant. C'est avec raison que l'on dit que l'individu est mort, puisque l'unité constitue l'individu. Néanmoins, il reste encore de la vie, mais cette vie fuit rapidement et ne tarde pas à s'effacer tout à fait. Combien de temps dure la vie cadavérique? en d'autres termes, combien de temps le corps qui est mort est-il apte à réaliser des phénomènes de vitalité? On ne peut répondre d'une manière précise. Les traces de vie persistent jusqu'à la rigidité, dont la fin donne le signal de la putréfaction. Mais le moment de la rigidité est très-variable. Il dépend du sujet, de son genre de mort, du milieu qui l'enveloppe. Quelques expériences permettent de croire que la vie du cadavre se prolonge encore dans certaines parties très-restreintes; mais positivement alors elle a énormément

[1] Voir, pour plus de détails, la thèse soutenue par mon père, en 1835 (concours pour une chaire de médecine légale) et intitulée :

Des caractères propres à faire distinguer les lésions faites pendant la vie, de celles qui peuvent avoir été produites après la mort.

diminué. Pour mon compte, je la crois entièrement détruite une fois qu'une flaccidité générale a succédé à la raideur. Alors la révolution est complétée partout : le corps obéit sans partage aux lois physico-chimiques ; et la putréfaction (preuve assurée de la mort, parce qu'elle en indique le moment le plus avancé) s'établit avec son cortége de signes auxquels personne ne peut se tromper : odeur putride, consistance pâteuse et bouffie des tissus, taches d'un brun bleuâtre commençant à l'abdomen, etc., etc.

Les détails m'étant interdits, je me contente de quelques réflexions générales.

La vie cadavérique est plus accentuée et persiste plus longtemps chez les animaux inférieurs. Dans les organisations simples, les parties, moins dépendantes de l'ensemble, conservent davantage leur vie propre. Dans les animaux supérieurs et chez l'homme principalement, les parties liées au tout d'une facon plus étroite, peuvent moins se passer de l'impulsion de l'ensemble. L'embryon humain, au point de vue du relâchement de l'unité, se rapproche des espèces inférieures, et on peut croire que chez lui la vie cadavérique doit se prolonger. Dugès a remarqué que les muscles de l'embryon répondaient à l'excitation galvanique plus longtemps après la mort.

Faute d'études spéciales, on ne sait pas suffisamment les parties qui perdent plus tôt leur vie locale, celles qui la gardent plus que les autres. Il semblerait, d'après l'observation, que ces dernières sont les tissus riches en nerfs et en vaisseaux sanguins, les organes intérieurs. La chaleur, l'humidité, sont des conditions favorables à la conservation des facultés vitales. L'irritabilité de l'intestin, du cœur, a été constatée lorsque celle des autres parties paraissait éteinte. On assure même que l'oreillette droite du cœur est la mieux partagée. Ce serait l'*ultimum moriens*, et quelques procédés pour rappeler à la vie les personnes n'ayant que les apparences de la mort, ont été institués d'après cette donnée.

Certaines causes de mort dont l'action délétère se propage rapidement dans les parties de l'organisme, certaines maladies qui modifient les liquides et les solides de manière à les préparer à la putréfaction, détruisent en même temps et la vie de l'ensemble et les vies partielles. Dans ce cas, les deux actes de la mort sont consommés d'un coup, et à l'instant de la mort le corps commence à se décomposer. On observe cela chez les sujets qui ont succombé

à la suite d'une décharge violente d'électricité, de la respiration du gaz hydro-sulfurique ; cela se voit aussi à la suite des maladies putrides, gangréneuses. Dans les cas ordinaires, la mort s'établit en deux temps de la façon que j'ai exposée plus haut.

D'autres causes, quoique très-puissantes et nécessairement mortelles, ne portent pas directement atteinte à la vie des parties, qui reste aussi accentuée et aussi durable que cela se peut. Ce sont celles qui tuent par un procédé mécanique et en pleine santé. C'est sur les cadavres des décapités, des gens mortellement blessés, que les phénomènes dont je parle se présentent dans leur plus grande énergie.

L'événement de la mort est nécessaire parce que nous portons la mort en nous, parce que nous sommes autant mortels que vivants ; la vieillesse est inévitable, et à partir de son commencement l'organisme se dégrade progressivement et fatalement jusqu'à ce qu'il devienne impropre à agir. Cette loi, sans exception possible, a tous les caractères de la nécessité. *Totus homo a nativitate morbus est,* a dit Hippocrate avec raison. Dans l'hypothèse de l'animisme, la mort n'est qu'un accident. Dès l'instant que la vie est le produit de l'âme immortelle et toujours perfectible, on peut espérer de donner à celle-ci assez d'énergie pour qu'elle conserve à ses instruments l'appropriation organique d'une manière indéfinie. Stahl est très-explicite au sujet de la non-nécessité de la mort. La mort est pareillement un accident, dans l'opinion opposée qui considère le corps comme une machine physico-chimique perfectionnée. En partant de cette idée, il n'est pas absurde de penser qu'on pourra, avec le temps, réparer les avaries de cette machine et la conserver aussi longtemps qu'on conserve les autres. De semblables espérances prouvent hautement la fausseté du principe d'où elles sont déduites.

L'organisme étant devenu incapable par usure sénile ou morbide, la vie terrestre est terminée, l'âme s'en sépare. Quand cette séparation est accomplie, tout est consommé : le corps est devenu cadavre. La personne humaine n'est plus là; le cadavre n'est qu'un débris, une ruine qui conserve quelques instants encore la marque de la vie, mais que rien ne peut soustraire désormais à la décomposition physico-chimique. Que devient la force vitale ? Question insoluble, oiseuse, sans intérêt pratique. Va-t-elle animer un

autre corps de même espèce ou d'espèce différente? Se perd-elle dans un réservoir commun où retournent et d'où procèdent toutes les vies particulières? On l'a dit sans pouvoir en donner la preuve. La force vitale est-elle anéantie, meurt-elle? Cela n'est pas plus démontré que le reste, mais est également possible, quoiqu'on pense le contraire. On répugne, bien mal à propos, à admettre la mort d'une force. Une force, objecte-t-on, est une substance immatérielle qui, n'ayant pas de parties, ne peut périr. Pauvre argument, bon seulement pour prouver qu'une force ne meurt pas à la façon dont les corps meurent. Mais les forces n'ont-elles pas une manière particulière de mourir que nous ne connaissons pas, que nous ne pouvons pas connaître? Ce sont des raisons tout autres et plus convaincantes qui nous font croire à l'immortalité des esprits, seule exception certaine à la règle : tout ce qui a eu un commencement peut avoir une fin. La mort de la force vitale me semble donc l'opinion la plus plausible. Séparée du corps, je ne la conçois plus et je ne sais comment elle pourrait exister, pas plus que la lumière et la chaleur, sans matière. Mais à quoi bon agiter de semblables problèmes? *Quæ suprà nos nihil ad nos.*

La mort est indispensable à l'ordre général. Les corps qui ont eu la vie sont l'aliment de ceux qui la possèdent actuellement. La mort est donc une condition nécessaire de vie. Il faut d'ailleurs que l'homme meure, sans quoi il ne remplirait pas sa vraie destinée, qui n'est pas ici-bas. Supposer l'homme terrestre immortel est une pensée non-seulement absurde mais effrayante par ses conséquences. Avec cette immortalité, il n'y aurait plus de motif de perfectionnement, plus de notion de devoir, de sacrifice, plus de mérite ni de démérite. L'homme aurait toute sa satisfaction sur la terre, et son affaire unique serait de la rendre aussi complète que possible. Remercions Dieu qui, en nous faisant mortels, nous a rendus capables de mériter par l'épreuve de la vie la part qu'il nous a réservée de sa propre immortalité.

Il me reste maintenant à parler des principaux modes de passage de la vie à la mort; pour cela, distinguons d'abord la mort *naturelle* de la mort *accidentelle*.

I. Mort naturelle, sénile.

En biologie, ce qui est le plus naturel est ce qui reproduit le mieux le type de l'espèce. C'est pour cela que la mort sénile est appelée mort naturelle. D'après la tradition, les premiers hommes mouraient généralement de cette manière. Mais depuis longtemps les choses ont changé : l'intensité de la vie semble avoir diminué; du moins sa durée est moins longue et la mort accidentelle est devenue la règle. La cause en est probablement dans le mauvais emploi que l'homme a fait de sa liberté, et qui l'a conduit à une hygiène moins bonne que celle de ses premiers aïeux. Ajoutons à cela l'opposition qui existe dans quelques circonstances entre nos intérêts moraux et nos instincts vitaux, opposition qui exige le sacrifice des seconds aux premiers. Les animaux suivent un instinct aveugle, et chez eux la vie est plus capable de se prolonger sans maladies jusqu'à sa fin naturelle.

De ce que l'homme meurt rarement de vieillesse, il ne faut pas conclure que la mort sénile n'est pas une mort naturelle. La volonté de l'homme, partout où elle atteint, peut faire dévier le cours normal des existences, et elle substitue l'accidentel à ce qui devrait être.

La mort naturelle ou sénile est la mort survenant par l'épuisement graduel de l'action vitale hygide, celle-ci ayant surmonté victorieusement tous les obstacles et parcouru dans toute leur durée permise les phases diverses de son évolution. J'ai dit que cet épuisement est fatalement attaché à notre nature.

L'aptitude à la procréation est la première chose qui décroît et disparaît. Cette élimination pouvant se faire sans préjudicier à l'ensemble, la vie continue. Puis on observe la décroissance des fonctions dites animales qui nous mettent en relation avec ce qui nous entoure. Les sens s'émoussent, la locomotion perd de sa puissance; en même temps la nutrition et la calorification deviennent moins actives, moins assurées. Les organes subissent des altérations moléculaires qui gênent l'exercice de leurs fonctions. Ces lésions prennent dans certaines parties des proportions telles que l'observation, la description en sont très-aisées. Souvent elles s'expriment uniquement par les phénomènes suivants, que l'on note chez toutes les personnes parvenues à un âge très-avancé :

Amaigrissement ; rigidité, sécheresse des tissus ; jeu moins facile des muscles, des articulations ; plissement de la peau ; incurvation de la taille ; chute des dents ; diminution de celles des fonctions intellectuelles dont l'exécution est plus étroitement liée à l'action organique. L'affaiblissement de cette dernière augmente progressivement, jusqu'à ce qu'enfin arrive un moment où la synergie des grands viscères s'arrête pour jamais, et c'est la mort.

Tantôt la mort survient brusquement, et le vieillard s'éteint sans s'en douter, parfois pendant son sommeil. Tantôt la mort arrive graduellement, *par difficulté croissante d'être,* comme disait Fontenelle. Règle générale : quand la mort est longuement préparée, et c'est le cas de toute mort sénile, la vie cadavérique est moins prononcée, la chaleur disparaît plus vite, la rigidité ne se fait pas attendre et est à peine marquée. L'histoire de la mort sénile appartient à la physiologie hygide qui en donne la notion théorique, et à l'hygiène qui en tire des déductions pratiques. Toutefois je ne puis m'empêcher de formuler d'après les faits une loi qui me semble utile à connaître.

Les fonctions établies les dernières sont les premières à disparaître. Pour s'assurer de l'exactitude de cette assertion, il suffit de se rappeler l'énoncé qui précède. Les fonctions de composition et de nutrition se montrent avec le germe lui-même et persistent jusqu'à la fin. C'est là le fond vital, la trame de la vie. La persistance de la respiration n'est pas une objection sérieuse. Le germe, l'embryon, respirent à leur façon dès leurs premiers linéaments.

La mort sénile est un fait essentiellement hygide. Le plus souvent la vie est tronquée violemment ou par la maladie. La mort est alors dite *accidentelle.*

II. Mort accidentelle.

Elle est la conséquence d'un obstacle qui arrête l'évolution vitale et l'empêche de parvenir à sa fin naturelle.

1° *Mort violente.* — Cet obstacle peut être le fait d'une cause qui saisit le sujet en pleine santé, et le tue brusquement ou à peu près. La cause introduit alors dans le dynamisme, dans le matériel du corps, une perturbation, un désordre tels que la continuation de la vie, même à l'état pathologique, est impossible. Un semblable résultat est amené par tout agent capable de détruire en peu

de temps une des condition ses sentielles de la synergie de l'ensemble. Tel est le traumatisme, dont l'action est primitivement physique ou chimique. Telles sont, d'une autre part, les substances délétères, intoxicantes, les émotions morales qui amènent rapidement la mort sans désordres matériels apparents. Il faut inscrire parmi ces causes celles qui, quel que soit leur mécanisme, arrêtent la respiration au-delà de la tolérance. Quoique agissant par privation, leur effet n'en est pas moins assuré, car elles rendent impossible une relation nécessaire que le corps vivant entretient avec son milieu.

Ces agents tuent inévitablement et sans exception, lorsque leurs effets propres sont portés à un haut degré. Un grand désordre traumatique qui met hors de service l'encéphale, le cœur, les poumons, etc., est au-dessus d'une résistance quelconque, et nous sommes tous égaux devant de pareilles lésions. Il n'en est plus de même lorsque les lésions sont moindres ; alors la règle générale est passible d'exceptions. La mort n'est nécessaire qu'eu égard aux circonstances spéciales dans lesquelles l'individu se trouve. Un désordre traumatique de ce genre ne tue pas seulement par empêchement instrumental. L'organe atteint pourrait fonctionner encore dans ses parties laissées intactes ou non tout à fait détruites ; mais il ne fonctionne plus, parce que l'impression funeste s'est à l'instant propagée par sympathie, et par cette multiplication a amené la sidération de l'ensemble. Ainsi, telle plaie, même du cœur, du cerveau, des poumons, ne devient subitement mortelle que parce qu'au désordre matériel s'est joint, en vertu de prédispositions funestes, un désordre dynamique qui a arrêté le jeu des grands organes. Chez un sujet mieux doué sous le rapport de l'impressionnabilité vitale, la lésion matérielle donnera lieu à une maladie curable, ou même passera à peu près inaperçue; c'est ce qui explique pourquoi telles lésions sont mortelles chez certains individus et ne le sont pas chez d'autres. Ces différences de résultat se présentent plus souvent, cela se conçoit, lorsqu'il s'agit de causes dont l'effet premier et direct est dynamique. Cet effet et ses suites varient selon l'état actuel de la sensibilité : tantôt il y a sidération, tantôt maladie, tantôt même la tolérance est complète. Il se peut enfin que le stimulus n'ait pas été senti, par suite d'une immunité idiosyncrasique.

L'absence de maladie caractérise le genre de mort dont je viens de parler, et qui est généralement connu sous le nom de *mort*

violente. Quand la cause est moins énergique, l'action vitale est déviée, mais n'est pas détruite; alors survient la maladie qui n'a que trop souvent la mort pour dénoûment. Il me reste à parler de cette autre mort accidentelle.

2° *Mort par maladie.* — Elle a encore deux formes. L'une vient rapidement, et dans l'état actuel de la science on ne peut la prévoir : c'est la *mort subite*. L'autre est relativement *lente, progressive*, et est *prévue*.

A. La mort violente ayant lieu pour l'ordinaire en peu de temps, n'est pas pourtant la *mort subite*. Sa cause étant manifeste, le résultat ne surprend pas. D'ailleurs, il répugne de dire d'un homme tué raide, décapité, qu'il est mort subitement. La mort subite suppose une situation morbide préalable à laquelle elle se rattache. D'un autre côté, la mort violente, dans certains cas, ne s'accomplit pas par sidération. L'individu, quoique mortellement frappé, respire encore et conserve quelque temps d'autres facultés.

Un malade meurt de mort violente, lorsqu'une cause agit sur lui d'une manière assez énergique pour porter à la synergie de l'ensemble une atteinte irréparable et qui tronque la vie avant l'heure. La même cause ne serait pas suivie d'un tel résultat chez un sujet bien portant; mais dans l'état de faiblesse et d'impressionnabilité où se trouve un malade, on comprend très-bien qu'une cause n'a pas besoin d'être à sa plus haute puissance pour amener une catastrophe. Cela dépend, comme je l'ai dit, de la manière de sentir, du degré de tolérance et de résistance vitales. Ainsi, une émotion morale, une action vénéneuse médiocre, peuvent, dans ce cas, tuer subitement, ce qu'elles ne feraient pas dans un autre. La mort est alors le résultat de deux choses : la violence subie insuffisante par elle-même, et la mauvaise disposition du patient qui rend cette violence suffisante.

La mort subite, sans violence venue du dehors, peut être la conséquence d'un fait morbide fréquemment méconnu parce qu'il n'avait pas de symptômes. Alors le sujet semble passer de vie à trépas, à la façon de celui qui périt brusquement de mort violente; il n'en est rien pourtant. La maladie existait, et même très-grave, sous forme de lésion d'un organe important. C'est ainsi qu'un individu porteur d'un ramollissement du cœur n'éprouve rien parfois qui lui révèle l'approche d'une rupture. Quand on entend parler de mort subite survenue, dit-on, sans maladie préalable, il est probable

qu'il s'agit d'une lésion cachée de la circulation, dont le progrès a mis l'organe dans l'impossibilité de remplir sa fonction. Les morts subites par arrêt primitif de l'action des centres nerveux ou des poumons, sont relativement plus rares.

La mort subite survient à la suite d'une maladie exprimée par des symptômes, mais trop modérés pour permettre de prévoir l'événement. C'est ainsi qu'inopinément la lésion s'aggrave, chez un sujet atteint visiblement d'une maladie du cœur, par la survenance d'une rupture, d'une embolie, d'un spasme ou de toute autre complication qui arrête la circulation du sang. C'est ainsi encore qu'un catarrhe ordinaire devient un catarrhe suffocant; que dans la période de restauration d'une fièvre typhoïde, une hémorrhagie intestinale enlève le sujet, etc., etc. On ne découvre pas toujours, à l'autopsie, la cause des morts subites. Alors, ou bien on ne l'a pas convenablement cherchée, ou bien elle est de celles qui se dérobent à nos moyens d'investigation. Tant que nos connaissances médicales ne seront pas complètes, la prévoyance du praticien est exposée à être trompée, et parfois la raison des choses lui échappera entièrement, même après l'autopsie du cadavre.

B. Dans la *mort progressive et prévue*, la lésion dynamique ou matérielle n'atteint pas subitement d'assez grandes proportions pour arrêter la vie d'un seul coup. La synergie de l'ensemble se relâche et s'altère peu à peu jusqu'à ce qu'elle soit tout à fait perdue.

Vient un moment où, à côté, à la suite des symptômes de la maladie devenus de plus en plus graves, en apparaissent d'autres plus alarmants encore et qui annoncent l'imminence de la mort. Les médecins expérimentés ne s'y trompent pas. Ils reconnaissent alors l'inutilité de leurs efforts thérapeutiques, et perdent l'espoir de sauver le malade. C'est plus qu'une maladie qu'ils ont devant les yeux, ce sont les prodromes de la mort. Il serait inexact de croire que ces symptômes apportent toujours avec eux plus de malaise, de douleur. C'est d'ordinaire l'inverse qui arrive quand la mort est progressive, à cause de l'affaiblissement de la sensibilité. Il en résulte un bien-être relatif, lequel dans certaines maladies douloureuses qui se terminent par la gangrène, fait concevoir au malade l'espérance de sa guérison. Mais l'illusion est de courte durée. Le déclin rapide des forces, l'aspect des traits, l'état misérable du pouls, révèlent l triste vérité.

Les prodromes de la mort sont l'*agonie*, du mot ἀγὼν, combat, parce qu'on a supposé que l'agonie était la dernière lutte de la vie contre la mort. J'y vois plutôt la vie qui s'abandonne et qui perd peu à peu son empire sur le corps. La chaleur et la vie semblent réfugiées dans les viscères. Mais il est visible, par l'amoindrissement et l'irrégularité de l'action de ces organes, qu'ils deviennent de plus en plus incapables de se prêter mutuellement leur indispensable coopération, et que le moment de la rupture de leur union harmonique est proche.

Tel est le type de l'agonie. Ce mot convient de moins en moins lorsque la lésion de l'appareil d'une des grandes fonctions s'arrête brusquement, rendant ainsi du même coup les autres impossibles.

Dans l'agonie complète, où la décroissance progressive a lieu à peu près simultanément partout, on remarque un certain ordre qui rappelle la mort subite, en ce sens qu'on y observe une difficulté d'être par usure de la vie. Toutefois l'usure est ici le produit d'un fait pathologique, et s'accomplit en un temps bien plus court. C'est une espèce de décrépitude anticipée et marchant rapidement.

L'agonie peut durer plusieurs heures, des journées entières, et l'on a le temps de constater les symptômes par lesquels elle s'exprime et se fait reconnaître. Ces symptômes sont depuis longtemps connus. Je me contente de rappeler les principaux : face hippocratique, aspect terne de la cornée, yeux noyés par suite de la paralysie des conduits lacrymaux, qui n'absorbent pas les larmes encore sécrétées par la glande ; respiration trachéale si connue sous le nom de râle des agonisants ; affaiblissement des facultés sensuelles et locomotrices ; refroidissement du nez, des oreilles, des extrémités ; les artères des membres battent faiblement ou d'une façon imperceptible; l'embarras circulatoire gagne le tronc, et enfin le cœur, dont les battements amoindris survivent quelque peu à la respiration, dont l'arrêt annonce la dislocation définitive de l'organisme. Pendant quelque temps il ne reste, semble-t-il, qu'un cœur à mouvements irréguliers, que des poumons inspirant laborieusement l'air qui pénètre de moins en moins dans les ramifications bronchiques. La coopération du cerveau est réduite au minimum ; d'ailleurs cet organe, étant mal servi par le cœur, ne peut guère se prêter aux fonctions intellectuelles, et celles-ci sont, comme les autres, en décadence ou abolies. L'agonie

peut durer ainsi un certain temps, parfois assez long. On voit des agonisants dont la vie paraît avoir abandonné tout le reste pour se cantonner dans la poitrine. Ce misérable vestige de synergie de l'ensemble se maintient chez quelques sujets de manière à provoquer l'étonnement. Enfin, le pouls et la respiration s'embarrassent davantage. On observe des intermittences qui s'allongent, et auxquelles succèdent des reprises s'affaiblissant de plus en plus. Enfin le dernier mouvement de cette poitrine, mouvement après lequel il n'y a que l'immobilité du cadavre, est une expiration.

Cette forme de la mort a un caractère essentiellement adynamique. Il en est une autre qu'on peut appeler convulsive, et qui offre un spectacle bien différent : agitation, convulsions cloniques ou toniques, et qui, gagnant les muscles de la face, donnent à celle-ci un aspect hideux; les lèvres se renversent, les yeux prennent une effrayante fixité; le corps frémit; la respiration et la circulation sont de plus en plus gênées, et la mort survient dans une dernière secousse. C'est après des scènes tumultueuses de ce genre que l'on voit la chaleur s'élever au moment fatal, et se conserver assez longtemps quand tout est consommé.

Que fait l'âme aux approches de la mort ? Son énergie virtuelle n'est pas le moins du monde atteinte ; mais la détérioration de ses organes altère, dévie ou empêche la manifestation de son activité. C'est pourquoi, très-souvent, la connaissance est perdue avant la mort. D'autres fois, chez les sujets dont la volonté s'est conservée assez forte, l'âme supplée par son énergie à la faiblesse de ses instruments, et donne des marques incontestables de sa présence. Parfois l'apaisement de la maladie, laquelle, comme la vie, cède aux approches de la mort, dégage le cerveau, qui reprend la plénitude de ses fonctions. Cela a été observé à la suite de certains délires, de certaines aliénations mentales. Une exaltation de l'intelligence est même alors possible, ainsi que le prouvent quelques observations où l'on a noté un déploiement magnifique de la mémoire, de l'imagination, du jugement, chez des sujets qui n'avaient jamais rien présenté de remarquable en ce genre.

Souffre-t-on au moment de la mort? Si l'on considère la décadence de la sensibilité, le sentiment de la douleur, en supposant qu'il existe, doit être vague, et par conséquent peu poignant. Dans les cas où la conscience persiste dans son intégrité, la préoccupation, l'exaltation du moment suprême amortissent notablement, selon toutes

les probabilités, la souffrance venant du corps. La peur de mour donne, j'en conviens, des angoisses à plusieurs; mais la peu elle-même exige une certaine conservation des forces, et, les force déclinant, la peur s'en va avec elles ou ne reste plus que sou forme d'un souvenir lointain, indécis, et alors elle a perdu la plu grande partie de son pouvoir malfaisant. L'instant précis de l mort doit être le même partout et toujours ; il ne me paraît pa que sa perception nette soit possible.

En somme, celui qui oppose aux affres de la mort une conscien pure, une foi complète en une autre vie plus heureuse, et la volon arrêtée de faire dignement ce qui doit la lui mériter, subit cette der nière épreuve avec plus de courage et de résignation tranquil qu'on ne le croit généralement.

LIVRE DEUXIÈME

L'ÉTIOLOGIE

SECTION PREMIÈRE

DE LA CAUSE

CHAPITRE PREMIER

DE LA CAUSE EN GÉNÉRAL.

Si, comme l'usage le veut, on entend par *cause* non-seulement la force qui produit, mais encore tout ce qui de près ou de loin exerce une influence sur la production, il faut se rappeler que toutes les causes ne sont pas les mêmes au point de vue de la qualité, de l'énergie et du rang; que, par conséquent, le mot *cause* désigne des objets fort différents l'un de l'autre. Une maladie peut être la résultante de plusieurs causes; alors l'utilité du dénombrement de ces causes et de leur appréciation comparée est évidente. Trop souvent nous négligeons cet examen. Combien de médecins, après avoir reconnu que le froid est la cause d'une péripneumonie, sont satisfaits, et ne se demandent pas quel est le rôle que le froid a rempli dans cette étiologie! combien d'autres se heurtent contre des difficultés insurmontables, parce qu'ils cherchent exclusivement la cause d'une maladie dans un agent externe, unique et toujours le même! Notre problème étiologique peut être très-complexe, et dans les cas les moins compliqués il y a plus d'une action à considérer. C'est ce qui résultera du travail analytique auquel je vais soumettre le fait de *causation*.

On rencontre partout la cause qui produit, que j'appelle *génératrice*. C'est celle qui précède immédiatement l'effet, qui a seule

la capacité de le fournir. L'affinité est la cause génératrice d'une combinaison chimique. L'âme est la cause génératrice d'un jugement, d'une volition, etc. L'affinité, l'âme, ont le privilége exclusif de donner un pareil résultat, et elles l'engendrent directement, sans intermédiaire.

Pour qu'une force agisse autrement qu'elle n'agissait auparavant, il faut qu'elle soit modifiée dans le sens d'une capacité dont elle est douée. Mais s'il n'y avait que capacité, rien ne se ferait. Quelque chose n'existant pas encore est donc survenu, qui rend effective la capacité qui n'était qu'en puissance.

Donc l'idée de la cause génératrice en comprend deux : celle d'une action modifiée, celle d'une action modifiante.

Une bille est mue par le choc d'une autre bille ; le fer passe à l'état d'oxyde ; le corps vivant influencé par un virus abandonne les allures de la santé pour prendre celles de telle maladie, etc. Dans tous ces cas, nous découvrons deux agents, l'un modifié, l'autre modifiant.

Certaines forces peuvent se modifier elles-mêmes. Cela est évident pour l'âme lorsque, d'indifférente qu'elle était, elle devient spontanément attentive. Il n'y a qu'un sujet agissant, mais il y a certainement aussi deux actions : 1° commandement de la volonté ; 2° exercice de la capacité attentive. Les deux actions se retrouvent toujours, là même où le phénomène existe dans sa plus grande simplicité.

Aucun doute ne doit, ce me semble, rester au sujet de l'analyse que je viens de faire de la cause génératrice.

Ce n'est pas tout, il faut encore un secours, sans lequel les deux actions seraient impossibles ou incomplètes : je veux parler des *conditions*.

Il y a des conditions premières, de nécessité constante ; ce sont celles qui donnent à la force le pouvoir d'agir. Toute force ici-bas est unie à un agrégat matériel approprié qui sert à la manifestation de ses propriétés. Il suffit d'énoncer ce genre de conditions.

Les autres conditions sont spéciales et favorisent la production de tel genre d'effets. Je ne m'occuperai que de ces dernières, les conditions nécessaires et permanentes étant sous-entendues.

Pour produire un effet particulier, la cause génératrice doit agir avec telle énergie et de telle manière. De là, l'utilité de certains adjuvants qui donnent à l'agent modifié, à l'agent modifiant,

l'état qui convient. On sait que la liquéfaction de deux corps est une condition favorable à l'exercice de leurs affinités; qu'un médicament n'est efficace que tout autant qu'il est bien préparé, bien administré ; que ce médicament, quoique bien préparé, bien administré, doit rencontrer un sujet convenablement disposé.

Les conditions tiennent une grande place dans l'étiologie morbide.

En résumé, la cause génératrice est une force modifiée par une action modifiante, moyennant certaines conditions que l'expérience a appris à connaître.

La cause génératrice est généralement confondue avec la cause *efficiente*. Il est, selon moi, utile de les distinguer. Dans la fabrication artificielle d'un produit chimique, on trouve deux causes: l'une prochaine, immédiate, l'affinité, qui est la cause génératrice; l'autre est le chimiste qui a rapproché les deux corps et ménagé les conditions favorables. De ces deux causes, quelle est l'efficiente? — Tout le monde répondra que c'est le chimiste. Si, comme je le crois, cette réponse est exacte, la cause efficiente est ici celle qui gouverne la cause génératrice et la dirige de manière à en obtenir le résultat cherché. Généralisant cette vue, je propose de définir la cause efficiente : celle qui gouverne les détails de l'opération d'où sort l'effet.

Dans le cas du produit chimique cité plus haut, la cause efficiente est extérieure à la cause génératrice; celle-là commande, dispose; celle-ci, obéissante, opère de la manière voulue. Il en est de même dans les exemples suivants : Je veux un objet et je le saisis. La cause génératrice du mouvement de mon bras est le corps vivant. La cause efficiente est mon âme qui emploie à son gré la contractilité musculaire.

Les manœuvres d'une armée ont pour cause génératrice les soldats qui composent cette armée. Le général qui commande le mouvement de ces soldats est la cause efficiente.

Dans ces exemples, la présence de deux causes productrices est manifeste, mais ces causes sont productrices très-différemment l'une de l'autre. Il importe de ne pas les confondre dans une même appellation.

La cause est à la fois *génératrice* et *efficiente* lorsqu'elle se gouverne elle-même. Telle est l'âme dans un acte de volonté libre; tel est le corps vivant produisant une maladie.

La cause efficiente n'est pas une autre cause dont je parlerai plus tard, et que j'appellerai *provocatrice*. Celle-ci donne l'impulsion, mais elle ne produit ni ne règle la succession des phénomènes. L'oubli de cette distinction a été très-dommageable en médecine.

Pour faire comprendre l'étiologie telle qu'on doit l'admettre en médecine, il convient de comparer la notion de la *cause* dans notre science et dans les autres.

Les forces productrices créées sont réductibles à trois : force brute, force psychique, force vitale. Je vais examiner séparément leur manière de produire. Cette triple étude sera d'autant plus opportune que, le corps vivant étant le théâtre de l'action de ces trois forces, il y a fréquemment à y faire le départ de ce qui appartient à chacune d'elles.

ARTICLE PREMIER. — CAUSATION INANIMÉE.

Les corps bruts sont incapables de modifications spontanées. S'ils étaient complètement isolés, ils persévéreraient dans le même état, et rien ne serait produit. Par eux-mêmes, ils n'ajoutent rien, ils n'ôtent rien à leur puissance actuelle.

Pour que l'activité de cet ordre se déploie, deux agents, au moins, sont nécessaires. La cause génératrice est la résultante de l'action de ces agents, qu'on peut appeler indifféremment *agent modifié*, *agent modifiant*.

Dans la rencontre de deux billes, l'action de chacune entre substantiellement dans l'effet. L'une est *modifiante* par rapport à l'autre, et *modifiée* par rapport à elle-même.

J'en dis autant de la causalité chimique. L'action de la base, comme celle de l'acide, sont, à titre égal, les éléments de la cause génératrice du sel. La base *modifie* l'acide, et en même temps est *modifiée* par lui. L'acide est pareillement *modifié* et *modifiant*.

Un état particulier des corps en présence est nécessaire à la réaction réciproque qu'on en attend. Les moyens indiqués par l'expérience pour obtenir cet état particulier fournissent les conditions.

L'activité brute se manifeste par des mouvements décomposables en unités égales, et par conséquent calculables. Chaque

mouvement est proportionnel à celui qui le précède. L'obéissance et le commandement sont réglés par une loi invariable, inflexible. Tout est nécessaire et fatal dans la succession des phénomènes. Tout, par conséquent, peut être prévu par celui qui connaît les substances mises en rapport et les conditions favorables à l'action.

La matière ne pouvant par elle-même coordonner son mouvement en vue d'une fin, il en résulte que la cause efficiente d'un effet quelconque est toujours distincte de la cause génératrice. La cause efficiente des effets de l'ordre brut est la puissance intelligente qui, dans les ateliers, dans les laboratoires, gouverne la cause génératrice et l'emploie à ses desseins. En dehors de là, c'est l'action providentielle, ou bien le hasard aux yeux de ceux qui peuvent se contenter de ce dernier mot.

Nécessité de deux agents au moins concourant également à constituer la cause génératrice spéciale, immutabilité de la force, succession fatale des phénomènes amenant un effet susceptible d'être calculé et d'avance affirmé, la cause efficiente régulatrice étant une puissance extérieure, tels sont les caractères de la causalité physico-chimique.

ARTICLE II. — CAUSATION PSYCHIQUE.

L'âme est exclusivement la cause génératrice de ses effets. Elle entre en action par elle-même et possède le pouvoir de modifier son activité, de la régler en vue de la production de l'effet. Quand elle se comporte ainsi, elle est évidemment spontanée et cause efficiente.

Mais l'âme est en relation avec de nombreux stimulus qui influent sur ses actes, et dont il faut faire la part. Le rôle de ces facteurs étrangers n'est point le même que celui que j'appréciais tout à l'heure. Plus d'échange réciproque; plus d'additions, de soustractions fatales et arithmétiquement calculables. La cause productrice est tout entière d'un côté, du côté de l'âme. La modification et son résultat sont dans l'âme et nulle part ailleurs. Aucune des parties du stimulus ne passe à l'âme, qui trouve en elle, et en elle seule, le pouvoir de produire ses effets spéciaux. Il y a trop d'hétérogénéité entre une impulsion mécanique, une combinaison moléculaire, d'une part, et de l'autre une idée, un

jugement, une volonté, pour que les premiers entrent dans les seconds comme éléments composants.

Le conflit entre l'âme et son stimulus est un mystère. Nous ne comprenons pas, et probablement nous ne comprendrons jamais, comment un esprit peut se rencontrer avec un corps. Qu'importe! le stimulus agit; sans lui, la sensation et ses conséquences ne seraient pas. Comment agit ce stimulus?

Ce n'est pas certes ce qui se passe quand une bille en heurte une autre, quand un acide et une base s'altèrent réciproquement. Maintenant, le stimulus se borne à solliciter l'exercice d'une capacité existant entière dans une force spontanée. Un mot a été nécessaire pour désigner ce genre spécial d'action. C'est, en effet, simplement une incitation à agir, une *provocation*.

La provocation a été avec justesse appelée cause. Ce mot *cause*, employé pour des choses si différentes, a des inconvénients, sans doute. Il expose à confondre la *provocation* avec la *cause génératrice*, avec la *cause efficiente*, double erreur souvent commise. Il est prudent, quand on veut parler d'incitation, de sollicitation, d'ajouter au mot cause l'épithète *provocatrice*. Étudions de plus près la cause provocatrice.

L'âme peut opposer sa volonté à cette cause; résistance souvent aisée, parfois très-difficile, mais toujours possible. Alors il n'y a que sensation sans autre effet.

Volontairement ou par défaut d'énergie, l'âme cède à la sollicitation et opère en conséquence.

L'âme, variable par nature, ne se trouve pas toujours dans des situations exactement les mêmes. La situation présente, inconnue ou incomplètement connue, pouvant changer à chaque instant, il n'est pas permis d'annoncer le résultat avec une rigueur mathématique. Fréquemment, l'effet n'est pas celui qu'on attendait. Je viens de dire qu'il pouvait manquer.

Les sciences qui s'occupent d'effets faillibles, contingents, diffèrent radicalement des autres. On conçoit les changements que cette circonstance introduit dans leur régime entier. Le rapport de causalité devient mobile et d'une appréciation approximative. On ne s'entend plus aussi bien qu'en physico-chimie; de là, des doutes, des divergences qui contrastent avec les affirmations, l'accord des physiciens et des chimistes.

En ce qui concerne les effets contingents, rien n'est certain. Les

effets qu'on appelle ainsi sont ceux qui ont les probabilités dont on se contente pour la conduite ordinaire de la vie. Le reste est plus ou moins possible et de façons très-variables. Le jugement est difficile, et l'on est exposé à se tromper.

Un mot sur les *conditions* de la causalité psychique.

L'âme doit sentir la provocation. Il suffit de rappeler la nécessité d'une bonne situation des organes, grâce à laquelle les conditions organo-dynamiques de la sensation sont présentes : ce sont là les conditions de *réception*.

L'âme peut se trouver vis-à-vis de la cause provocatrice avec des aptitudes différentes, et l'effet varie d'autant. A ne considérer que la cause provocatrice et l'effet, le défaut de proportion est dans quelques cas frappant. L'âme fortement distraite n'apporte pas son contingent d'activité et ne perçoit rien.

Le stimulus peut être senti, mais la sensation accueillie avec indifférence ne provoque dans l'âme qu'une impression légère, oubliée à l'instant même.

L'habitude, privilége qui appartient exclusivement aux forces spontanées, amoindrit, efface le pouvoir d'un stimulus. L'effet est médiocre ou nul.

Tout au contraire l'âme, en vertu d'une sensibilité exubérante, va parfois au-devant du stimulus, pour ainsi dire, et le perçoit avec une vivacité singulière. L'impression accrue par tout ce que l'âme a ajouté, dépasse la mesure de la provocation, et l'effet étonne par son énergie. Les faits de ce dernier genre ont donné lieu à un mot bien faux, malgré son succès : les petites causes produisent de grands effets. La science déclare cela impossible, car la cause est au moins égale à son effet. Son infériorité n'est qu'apparente ; la force spontanée a fourni ce qui manque.

Il peut arriver enfin que, par suite d'une disposition particulière de l'âme, la provocation est suivie d'un résultat fort différent de celui qui arrive ordinairement.

J'appelle conditions de *susception* ces états de l'âme qui font qu'elle est diversement impressionnable par une même provocation.

Un autre point à noter est le degré de dépendance de l'âme. L'âme subit l'influence provocatrice et obéit. Comment obéit-elle? J'ai dit que l'action du stimulus se bornait à donner le branle à une capacité existant déjà. Il est le motif extérieur d'une modifi-

cation de l'âme. Cette modification et ce qui s'ensuit, on s'en souvient encore, appartiennent à l'âme. L'âme produit l'effet d'après ses lois propres et le continue jusqu'à ce que, l'impression qu'elle a reçue étant épuisée, elle revient à son état normal. L'âme gouverne si bien l'effet qu'elle peut l'arrêter à un moment quelconque par un effort efficace de sa volonté. L'obéissance de l'âme n'est donc pas passive, puisqu'elle a les traits évidents de la spontanéité. Tout en cédant, l'âme est la cause efficiente de l'effet; le stimulus n'est qu'un agent de provocation diversement senti, selon l'état présent de l'âme.

Pour que l'âme obéisse complètement, il faut qu'elle substitue la volonté d'autrui à la sienne, et que la nature et la succession de ses actes soient, dans leurs détails, réglées par cette volonté étrangère.

Dans les cas habituels, le pouvoir de la provocation ne va pas jusque-là.

Au-dessous, nous rencontrons les faits dans lesquels l'âme, n'essayant pas de résister ou ne pouvant pas résister, est entraînée par la provocation. La totalité de l'effet succède immédiatement à cette dernière. L'âme n'ayant pas de prédisposition spéciale qui atténue, renforce, fasse dévier l'impression reçue, l'effet est autant que possible proportionnel à l'énergie de la provocation. Supprimons la provocation, et, l'émotion s'apaisant, tout disparaît; l'effet ne reparaîtra que tout autant qu'il surviendra une provocation nouvelle.

D'autres faits où l'activité spontanée de l'âme est plus prononcée doivent être placés à part. Je veux parler des cas où la volonté de l'âme intervient au moment de l'impression et en gouverne les conséquences. Cette volonté peut être assez puissante pour empêcher tout signe extérieur d'émotion. L'émotion initiale n'est, du reste, qu'une faible partie des conséquences. Le principal a lieu plus tard après réflexion, délibération, préparation, et est l'œuvre d'une puissance parfaitement maîtresse d'elle-même.

Des passions si différentes ne peuvent être confondues. Dans l'entraînement, tout est aveugle et rappelle les actes instinctifs; une volonté préméditée préside dans la passion réfléchie. En morale, en matière criminelle, on les distingue soigneusement, car la responsabilité n'est pas la même. La conduite du moraliste appelé à donner ses conseils est pareillement différente. S'agit-il

d'un entraînement passionnel, l'indication capitale est fournie par la cause provocatrice dont il faut détruire l'hostilité, empêcher la continuation. Cela étant fait, le calme revient de lui-même. Au contraire, l'âme en proie à une passion réfléchie est atteinte au fond de son être, dans son tempérament; sa volonté viciée s'oppose au retour de l'état normal; c'est là qu'il convient de porter le remède.

Il suit de ce qui précède que l'influence de la provocation varie selon que celle-ci a beaucoup ou peu fait pour amener l'âme à changer d'état. Elle n'a pas besoin d'être énergique quand la prédisposition favorable est prononcée. A son plus bas degré, la provocation hâte simplement l'heure d'une explosion imminente. Alors un faible stimulus suffit. Appeler *efficiente* une pareille cause est une erreur flagrante. Au plus haut degré de sa puissance, la provocation ne fait que déterminer l'exercice d'une capacité latente, disponible; et l'évolution des actes ayant les caractères essentiels de la spontanéité, cette cause ne peut être nommée efficiente.

Tels sont les modes principaux de l'énergie croissante ou décroissante de la provocation. J'ai tenu à faire connaître cette cause parce que nous la retrouverons dans l'ordre vital.

La provocation, telle que je l'ai décrite, existe-t-elle dans le monde inorganique? Non certes, car une influence pareille ne peut s'exercer que sur une force spontanée. Néanmoins l'ordre brut présente des choses qui en ont les apparences. L'étincelle électrique, un rayon de lumière, le fait seul de la présence de certains corps, déterminent la combinaison de deux substances jusque-là indifférentes. Il y a là provocation, métaphoriquement parlant, mais non dans l'acception scientifique de ce mot.

En psychologie, la cause provocatrice tient le rôle de ce que j'ai appelé *action modifiante*. Elle est représentée dans la cause génératrice par la modification qu'elle a imprimée à l'âme, modification en rapport avec sa nature propre, de telle sorte que l'effet varie selon l'espèce de provocation. La provocation est donc vraiment une cause, cause agissant d'une manière incompréhensible.

La provocation inanimée n'entre à aucun titre ni dans la cause génératrice, ni dans l'effet. Le rayon de soleil qui décide subitement la combinaison du chlore et de l'hydrogène mis en présence, ne fait que placer les molécules de ces deux corps dans une situa-

tion favorable à la production du phénomène ; la cause génératrice de ce phénomène est exclusivement l'affinité réciproque du chlore et de l'hydrogène. Le rayon de soleil se comporte à la façon de l'eau, qui en dissolvant les corps facilite leur réaction. C'est donc simplement une condition. Tel agent de condition n'est pas indispensable ; il peut être remplacé par tout autre agent qui amènera un pareil arrangement moléculaire. Ainsi, en enflammant le mélange de chlore et d'hydrogène, le résultat sera exactement le même. Évidemment on ne trouve rien en physico-chimie qui puisse être confondu avec la provocation psychique.

Il est à peine utile de dire que rien non plus n'y rappelle, même de loin, la provocation qui donne lieu à une passion réfléchie.

En étudiant la causalité psychique, j'ai préparé la solution du problème physiologique correspondant, et je pourrai abréger notablement le reste de ce chapitre.

ARTICLE III. — CAUSATION VITALE.

La force vitale, tout en différant de l'âme, conserve avec elle des analogies provenant d'un attribut qui leur est commun, la spontanéité ; la force vitale est entièrement la cause génératrice de ses effets propres. C'est par une vertu spéciale, le milieu fournissant seulement les conditions, que le corps se nourrit, se conserve, parcourt les périodes des âges et exécute les mutations organico-dynamiques que chaque phénomène de la vie comporte, qu'il soit hygide, qu'il soit morbide.

Le stimulus extérieur n'est pas toujours nécessaire ; plusieurs fonctions, plusieurs maladies s'établissent sans rien d'appréciable en ce genre.

Quand la cause extérieure existe, elle n'est que provocatrice. Le corps vivant est sollicité à manifester une capacité préexistante.

Ainsi, dans ma pensée, le corps vivant, et rien autre que lui, est l'auteur d'une fièvre d'accès, d'une variole, etc., dont l'effluve marécageux, le virus variolique, sont la cause provocatrice. Quelques médecins voient dans ces stimulus plus qu'une provocation et leur font, dans l'effet, une part plus grande en diminuant d'autant celle que j'attribue au corps vivant.

L'effluve, le virus, disent-ils, sont des semences, ou bien des

ferments qui, trouvant au sein des tissus des conditions favorables, y germent, s'y développent, s'y multiplient à la façon des plantes, des animaux parasites. D'après cela, la fièvre d'accès, la variole, seraient un être ou plusieurs êtres distincts de nous et vivant à nos dépens. Je demande ce qui, dans l'observation de ces maladies, dans leur traitement, autorise une opinion semblable. Elle est donc une hypothèse sans fondement, et qui est d'ailleurs renversée quand on compare les maladies dont je parle avec celles où l'existence d'un parasite est prouvée, la gale par exemple. Effectivement la gale diffère de la fièvre d'accès, de la variole, autant que deux maladies peuvent différer l'une de l'autre.

La gale elle-même, et j'entends la gale *maladie*, c'est-à-dire une réaction qui se manifeste par la fluxion, la phlegmasie, la vésicule, le prurit, etc., ne peut être produite que par le corps vivant. L'acare, corps étranger d'une espèce particulière, n'est là que comme stimulus provocateur; donc, en concédant que la fièvre d'accès, la variole, sont des réactions d'origine parasitaire, on n'échappe pas à cette conclusion que le corps vivant en est la cause génératrice.

Soutiendrait-on, et cela a été encore hasardé, que l'effluve, le virus, passent dans la maladie comme le mouvement dans la bille, l'acide dans le sel, pour rappeler les comparaisons que je faisais plus haut, et voudrait-on appliquer à l'étiologie pathologique la doctrine des équivalents qui est d'un emploi si utile, si légitime en chimie? Ce seraient imaginations bien singulières de la part de gens qui veulent faire de la médecine une science exacte.

Mais ce n'est pas tout, il faut encore inventer autre chose. Si la fièvre d'accès, la variole, sont des êtres parasites, ou bien un mouvement communiqué, ou bien une combinaison chimique dont l'effluve, le virus, sont les facteurs nécessaires, d'où viennent les fièvres d'accès sans effluves, les varioles sans contagion? Les besoins de la cause exigent alors qu'en dépit du témoignage contraire de l'observation on admette que toutes les fièvres d'accès sont le produit de l'effluve; que toutes les varioles et même celle qui a paru la première quand la variole n'existait pas, sont le produit de la contagion.

Je soumets mes raisons au lecteur impartial, et ne prétends pas convertir les partisans de ces opinions. Leur passion pour l'hypothèse, leur manière de concevoir et d'utiliser l'observation, les

éloignent tellement de moi, que nous ne pouvons pas nous entendre.

L'effluve, le virus, cela est évident à mes yeux, pour si puissants qu'ils soient, incitent le corps vivant à produire la fièvre d'accès, la variole, et ne sont que des causes provocatrices.

La cause provocatrice existe dans l'ordre vital comme dans l'ordre moral. Nous retrouvons ici ce que j'ai dit sur son mode d'action, sur l'influence des dispositions internes, sur les effets d'entraînement, sur ceux qui se développent plus tard. Entre la causalité vitale et la causalité psychique, l'analogie est frappante. Il ne s'ensuit pas que les deux étiologies soient les mêmes. Elles diffèrent, au contraire, autant que les facultés de l'âme diffèrent des facultés de la force vitale.

Je rappelle, sans qu'il soit besoin d'insister, que la force vitale n'a pas de sensibilité consciente, d'intelligence, de volonté, de liberté. Nous ne devons, en conséquence, rien trouver dans l'étiologie médicale qui rappelle de semblables qualités. Ainsi, par exemple, l'âme ne subit inévitablement que l'impression du stimulus. Pour le reste, si elle le veut bien, elle est maîtresse. Elle résiste, et, si elle obéit, elle est libre de choisir la direction qui lui convient le mieux, et dans tous les cas, témoin et acteur à la fois, elle se voit et se sent agir. La clairvoyance intuitive, la volonté, expirent là où commencent les opérations vitales. Celles-ci, produit d'un instinct qui ne se sent pas, ne s'aperçoit pas, se font sans nous et trop souvent malgré nous. Pour les étudier, l'observation interne est impuissante; le recours à l'observation externe est de rigueur. A ce point de vue, la force vitale et la force brute sont sur la même ligne.

Ainsi que la force brute, la force vitale est attachée à un corps dont elle est inséparable, sans lequel on ne peut la concevoir. La matière organisée est le support absolument nécessaire des facultés de la vie, comme la matière inorganique est le support des propriétés de l'ordre inanimé. La structure, la configuration des organes circulatoires, respiratoires, digestifs, etc., sont disposées pour la fonction qu'ils doivent remplir, aussi bien, malgré les différences, que les rouages d'une machine. C'est une nécessité constante pour la force vitale de maintenir l'organisme qu'elle a formé, et de travailler intimement la matière afin de l'approprier à la nature spéciale de ses actes.

Ses relations étroites et inévitables avec la matière constituent une différence radicale entre la force vitale et la force psychique. L'âme, considérée dans la sphère de ses actions pures, comme productrice d'effets spirituels (faits de conscience, de jugement, de volonté; notion de l'infini, du bien, du mal, etc.), ne présente rien qui soit explicable par un arrangement quelconque de la matière. Il n'en est pas ainsi de l'innervation, de la digestion, de la circulation, de la respiration, etc. Ici, les rapports entre les parties de l'instrument et la fonction sont évidents. Mais, dit-on, le cerveau est l'organe de la pensée. Cela demande quelques explications.

L'hétérogénéité est si grande entre le produit *pensée* et l'action d'un mécanisme organique, qu'on ne peut imaginer aucun trait d'union entre le produit et cette action. Les savants qui se sont adonnés à l'étude de la pensée avec le plus de succès, n'avaient pas la connaissance anatomique du cerveau, et ceux qui la possédaient, une fois arrivés au cœur de la psychologie, ne tenaient nul compte des enseignements de l'art des dissections. La psychologie s'est constituée et a progressé en dehors de la physiologie. La physiologie, dans ces derniers temps, est intervenue, et le problème de la production de la pensée n'a pas fait un pas. Les psychologues n'ont rien eu à changer à leurs méthodes, à leurs idées; rien à effacer, rien à ajouter dans ce qui leur appartient en propre; en sorte que les découvertes modernes sur l'anatomie et la physiologie du cerveau ont fait connaître seulement ce viscère comme agent d'innervation, et concourant, par conséquent, aux fonctions vitales.

Je ne m'étonne pas si le cerveau est complexe de forme, de composition. Substance blanche, substance grise, circonvolutions, commissures, éminences, cavités, etc., tout cela a certainement un emploi dans la fonction de l'innervation, emploi qu'il est raisonnable de chercher, parce que, pour une pareille fonction, un certain arrangement de la matière est indispensable. L'innervation implique, en effet, le concours de parties diverses: centres d'activité parmi lesquels le cerveau tient un rang important, appendices qui sont les nerfs. Les centres sont des appareils de réception, d'élaboration, de renforcement, d'émission. Certains nerfs apportent la chose à modifier, et, une fois qu'elle est modifiée, d'autres nerfs la remportent. Quelle est cette chose? On l'ignore, et par consé-

quent on ne la suit pas dans ses mouvements. Est-ce un fluide subtil subissant une réaction chimique? sont-ce simplement des oscillations, etc.? Quoi qu'il en soit, la chose occupe un lieu, elle change de qualités, elle voyage, pénétrant toutes les parties à l'aide du réseau nerveux, et constituant de cette façon un moyen matériel d'association, d'harmonie. Parler ainsi, c'est décrire un mécanisme dont la nécessité, la part dans l'opération, sont évidentes.

Mais si, sortant du domaine de la physiologie, on prétend que ce mécanisme sert directement à la confection de la pensée, je m'élève, sans hésiter, contre cette assertion, parce qu'il y a une énorme disparate entre ces deux termes : pensée et mécanisme ; parce qu'il m'est impossible de me figurer la pensée sortant d'une cellule, d'un tube nerveux, ou bien vibrant à l'extrémité d'une fibre.

Les physiologistes qui ont franchi le seuil de la psychologie avec leur bagage anatomique, dans l'intention de s'en servir pour faire des découvertes, ont reconnu bien vite qu'ils s'étaient trompés, et ont renoncé à leur entreprise. Ceux qui se sont obstinés, ont abouti à des conclusions fantastiques que les personnes compétentes n'ont jamais prises au sérieux.

Malgré tant d'habiles et de patientes investigations, aucun détail de composition, de structure, de forme dans le cerveau, n'a donné le secret de la formation de la pensée. Si l'on veut que le cerveau soit l'organe de la pensée, il faut convenir qu'il présente cette exception unique d'un organe dont la fonction est connue, et où l'on ne découvre rien qui se rapporte à cette fonction. On a pu se passer de son étude pour fonder et perfectionner la psychologie ; bien plus, l'application des connaissances anatomiques, pourtant si belles, a été jusqu'à présent beaucoup plus funeste qu'avantageuse à cette science.

Le cerveau n'est donc pas, par rapport à la pensée, un organe comme les autres. Qu'est-ce en effet qu'un organe dont le mode d'utilité dans la formation de son produit est inimaginable? un organe qui n'a et ne peut avoir rien de commun avec son produit? Ajoutons à cela que, selon des convictions certes bien fondées, l'âme, après la ruine du corps, continue à comprendre, à aimer, à vouloir ; alors le cerveau ne serait pas nécessaire à sa fonction, puisque celle-ci persiste quand il n'est plus. Le cerveau, en regard du produit qu'on lui attribue, s'éloigne étrangement de l'idée que tout le monde se fait d'un organe. Il est plus que dou-

teux qu'il soit celui de la pensée. Le cerveau cependant est un viscère important, et de quoi est-il l'organe?

L'exercice de la pensée ici-bas implique les relations de l'âme avec les parties de son corps, avec le milieu ambiant. De là, des stimulus nombreux et variés qui provoquent le déploiement des facultés psychiques; de là, la possibilité pour l'âme de commander au corps les mouvements nécessaires. L'appareil nerveux constitue le mécanisme approprié à ce fonctionnement spécial.

Le cerveau a, de plus que les autres centres, le privilége d'être le lieu où, par un mode essentiellement mystérieux, l'âme communique avec le corps. Le cerveau est l'organe chargé du travail préliminaire dont l'âme a besoin pour sentir et pour mouvoir volontairement son corps. Il est donc indispensable à la pensée, à titre de condition préalable, et nullement à titre de cause productrice. On s'en souvient, la condition prépare, rend possible l'action d'où procède l'effet, mais elle n'est pas cette action.

L'action intrinsèque qui fait la pensée doit être mise à part de toutes les autres, parce qu'aucun arrangement, aucune modalité de la matière, ne peut en donner l'explication même partielle. L'action vitale, au contraire, a un besoin incessant de la matière. Elle exige le concours d'un mécanisme (organisme) qui, quoique différant très-notablement des machines mortes, est aussi nécessaire pour l'effet que le sont ces machines elles-mêmes. Le fait de la vie présente des dispositions, des combinaisons, des séparations moléculaires. La matière, pour si organisée qu'elle soit, reste toujours la matière, et en retient les qualités essentielles.

Ainsi, le corps est le théâtre de réactions physico-chimiques. Toutefois, l'opinion de ceux qui n'y trouvent que cela est inacceptable. La vérité est que la force brute remplit, à l'égard de la force vitale, le rôle d'un auxiliaire indispensable. Elle est utile à titres divers.

Elle est la cause génératrice de plusieurs phénomènes qui tiennent, tels qu'ils sont, une place importante dans l'opération vitale. La respiration, la digestion, etc., en contiennent, qui à certain moment de ces fonctions sont nécessaires. Ainsi, il était dans le plan de Celui qui a créé la vie que la force brute intervînt comme coopératrice. D'un autre côté, la force brute est mortelle aux tissus, aux liquides sur lesquels elle agit souverainement. En ce qui concerne la constitution moléculaire de la matière organi-

sée et vivante, la force vitale et la force brute s'excluent réciproquement. Donc il y a tout à la fois, entre les deux forces, nécessité d'agir ensemble harmoniquement et de se faire obstacle. Les faits observés affirment ces deux conclusions, contraires mais non contradictoires.

Si pourtant on veut appeler chimiques tous les faits dans lesquels on trouve des combinaisons, des dissociations moléculaires, il est évident que ceux de nutrition, de croissance, de décroissance, de dégénérescence, etc., présentent ce caractère. Mais ceci est une chimie à part, qu'il faut soigneusement distinguer de l'autre. Ce sont des réactions moléculaires, sans doute, mais différentes des réactions de l'ordre brut, et jusqu'à présent inimitables. On ne les a jamais rencontrées ailleurs que dans un corps animé; la force vitale en est donc la cause génératrice. C'est une chimie limitée, transformée pour l'usage exclusif de la vie; c'est une chimie vivante.

La force vitale étant un instinct aveugle, agissant sur la matière et par la matière pour produire des effets bien autres que les effets spirituels, est une cause distincte de l'âme. De là, des différences étiologiques dont je vais indiquer les principales.

Le corps, en tant que vivant, est partout doué d'une sensibilité inconsciente qui est incessamment en exercice et dont les effets sont continus. Il sent toutes les modalités dynamiques, physiques, chimiques, dont ses parties sont le siége; une foule de provocations peuvent l'atteindre, qui restent étrangères à l'âme, dont, comme on sait, la sensibilité n'est mise en jeu qu'à certaines conditions.

L'âme a les ressources de son intelligence, de sa volonté, pour se soustraire aux stimulus hostiles et en combattre les conséquences; le corps vivant agit sans savoir ce qu'il fait, pour le bien comme pour le mal. Il est loin de se protéger toujours; trop souvent ce sont ses propres actions qui le mènent à la maladie, à la mort: c'est ainsi, par exemple, qu'il altère ses fluides, ses solides; qu'il transporte, par une absorption malencontreuse, des substances nuisibles dans les parties où leur contact est le plus dangereux, etc.

Quand la sensibilité inconsciente est seule attaquée, rien n'avertit du moment où le dommage est porté. Beaucoup de maladies catastatiques, infectieuses, contagieuses, etc., sont provoquées et formées sans aucun indice révélateur.

Évidemment, l'organisme vivant est exposé à un plus grand nombre d'influences malfaisantes, et cela vient de la solidarité étroite, nécessaire, existant entre la force vitale et son agrégat, solidarité qui, ainsi que je l'ai dit, va jusqu'à l'unification.

Poursuivons ce parallèle en parlant des *conditions*. Des deux côtés, il y a des conditions de *réception* et de *susception*.

Après ce qui précède, on comprend sans peine que les conditions de réception purement vitale sont beaucoup plus simples. Il faut des sens à l'âme, c'est-à-dire des appareils à l'aide desquels les stimulus sont sentis d'une manière spéciale. Dans le corps vivant, une partie quelconque suffit à la réception. Le sens vital est réparti partout : on le retrouve dans le plus petit globule, dans la fibrille la plus déliée. De là, la facilité avec laquelle les provocations amènent leur effet bon ou mauvais.

Les conditions de susception se ressemblent en ceci que, des deux parts, la provocation, pour être suivie de son effet, exige que la force se rencontre convenablement disposée; qu'il faut également tenir compte de l'habitude, sauf pourtant à l'égard des agents physico-chimiques, dont la puissance sur le matériel du corps est toujours fatale et calculable *à priori*.

Pour le reste, les conditions de susception diffèrent autant que la nature du résultat. On ne conçoit pas comment la coopération d'un organe pourrait être nécessaire à l'âme pour comprendre, juger, aimer, vouloir, etc. Le corps vivant, quel que soit le genre d'opération qu'il entreprend, ne peut se passer de son agrégat. C'est l'ensemble de cet agrégat ou certaines parties appropriées qui doivent exécuter l'acte provoqué.

L'étiologie vitale n'est donc ni l'étiologie psychique ni l'étiologie physico-chimique. Elle les rappelle toutes deux, ce qui lui donne une physionomie à part. Elle confirme l'idée que la force vitale appartient à la catégorie des forces instinctives, en nous montrant des actes efficaces de protection qui s'accomplissent avec une sûreté, une précision admirables, et à côté les périls qu'entraîne après lui le défaut complet d'intelligence. Résistances puissantes, abandonnements funestes, triomphes dont les moyens sont disposés avec un art merveilleux, réactions hors de nature et sans but conservateur, ces contradictions, étranges pour l'observateur superficiel, s'expliquent très-bien quand on connaît la vraie nature de l'être qui en donne le spectacle.

Le corps vivant cède d'une manière passive devant les antagonismes puissants. Une émotion morale, un traumatisme arrêtant l'action des organes indispensables, amènent la mort si l'obstacle d'où procède cet arrêt de fonctionnement ne peut être surmonté. La cause qui alors opprime la vie a la valeur d'une cause efficiente tout autant qu'elle agit souverainement et gouverne tous les moments de l'effet.

Mais, remarquons-le bien, ces effets nécessaires ne sont pas la maladie. Celle-ci, qu'il y ait opposition ou obéissance, suppose une évolution de phénomènes marqués au cachet de la spontanéité. Le corps vivant est toujours l'auteur, la cause génératrice et efficiente d'une maladie quelconque.

La connaissance de cette cause génératrice est le but de l'étiologie morbide. Cette cause génératrice contient deux actions : l'action *modifiée*, l'action *modifiante*. L'action modifiée est toujours la force vitale. L'action modifiante peut être également la force vitale ; d'où la nécessité de poser d'abord le problème de la capacité, de la spontanéité morbides.

L'action modifiante est souvent un stimulus extérieur (causes provocatrices). J'aurai à faire connaître, au point de vue de l'énergie, de la qualité, quel est le rôle de ces causes dans la formation de la maladie.

L'étude des conditions de réception est inséparable de celle des stimulus provocateurs. Les conditions de susception seront examinées à part, sous le titre de prédispositions.

En traitant chacun de ces sujets, je n'oublierai pas qu'ils doivent être présentés de manière à ce qu'on puisse en retirer le plus de lumière possible pour la thérapeutique. Pour cela, je montrerai l'utilité de connaître tous les facteurs qui ont contribué à l'effet morbide, et d'apprécier leur prédominance, leur subordination comparatives. On le comprend sans peine, l'étiologie est d'un grand secours pour l'art de prévenir et de guérir les maladies.

La formule du problème étiologique est évidemment la suivante : Un effet morbide étant donné, trouver la cause productrice et tous les facteurs de cette cause.

J'établirai, en son lieu, que la formule du problème thérapeutique est la même, mais en sens inverse, à savoir :

La cause productrice d'un effet morbide étant donnée, trouver et appliquer une cause qui puisse l'annuler.

Les deux problèmes sont donc, on le voit, la contre-partie l'un de l'autre. Cette remarque seule suffirait à prouver l'importance des études étiologiques et la nécessité de leur donner une direction pratique.

CHAPITRE II.

CAPACITÉ, SPONTANÉITÉ MORBIDES.

ARTICLE PREMIER. — CAPACITÉ MORBIDE.

La *capacité morbide* est, dans le corps vivant, le pouvoir de devenir cause génératrice d'une maladie. La capacité a plusieurs raisons d'être, se rattachant toutes à ce fait général que nous naissons caducs et mortels. La maladie est la voie la plus commune par laquelle nous arrivons au terme inévitable. D'où vient la maladie ? De notre infirmité native, renforcée par les prédispositions héréditaires, par le mauvais usage que nous faisons de la vie, de cette circonstance que notre corps ne présente qu'une résistance limitée aux agents malfaisants qui nous entourent, à nos passions.

De plus, une conséquence des lois spéciales qui régissent le corps vivant, est que certaines maladies sont pour nous un moyen de conservation. Il est telles influences hostiles contre lesquelles les ressources du fonctionnement hygide sont impuissantes. Le recours à des procédés extraordinaires est alors indispensable. Le rétablissement de l'ordre n'est qu'à ce prix. Il y a par conséquent des maladies utiles.

Les motifs physiologiques sont donc nombreux, pour que la capacité morbide soit attachée à notre nature. Pourquoi n'avons-nous pas été créés de façon à ne pas mourir, de façon à mourir s'il le fallait, mais toujours de vieillesse et sans être malades? Cette question ne nous regarde pas. Mais comme il n'est pas défendu à un médecin de jeter un regard sur les sujets qui, bien qu'ils soient en dehors de sa sphère, y touchent de près, je dirai sans hésiter que je me range du côté des philosophes qui considèrent la mort et la maladie comme étant avantageuses à l'humanité en vue de ses destinées futures ; mais je leur laisse le soin de

fournir les preuves de cette vérité. Quant à démontrer que dans l'ordre établi tel qu'il est, les opérations morbides sont fréquemment conservatrices, c'est ce que je fais depuis le commencement de ce livre jusqu'à la fin.

Il doit y avoir autant de capacités morbides que de maladies radicalement différentes. Je me borne à dire sur ce point que, conformément à l'axiome : « Pour une manière de faire le bien, il en est plusieurs de faire le mal », le chiffre des capacités morbides dépasse celui des capacités hygides. La nature pathologique est d'une fécondité qui semble inépuisable. Chaque époque fait la découverte d'un certain nombre de capacités morbides nouvelles. Il appartient à la pathologie spéciale d'en opérer le dénombrement. Plus tard je tenterai l'entreprise difficile de trouver les éléments simples dont l'association constitue les maladies; maintenant je me contente de ranger en groupes distincts les principales capacités morbides.

En premier lieu, il y a des capacités morbides qui tiennent à la nature propre du corps vivant tel qu'il est, c'est-à-dire assujéti inévitablement à de nombreuses servitudes. Ce genre de capacité morbide coexiste avec la santé la plus irréprochable. C'est la capacité de réagir contre les stimulus qui dépassent la tolérance, parce qu'ils blessent outre mesure notre sensibilité, parce qu'ils attaquent physiquement ou chimiquement l'intégrité de nos parties. Sans ce pouvoir de réaction qui se réalise par la fluxion, par la phlegmasie, etc., un grand nombre d'actes médicateurs seraient impossibles. C'est une loi physiologique qu'il en soit ainsi; l'exception s'explique par l'énergie de la cause qui opprime la vie ou par un défaut de réactivité antérieur à l'événement. Une capacité morbide pareille est liée à l'état normal du corps vivant.

Le pouvoir de défense contre les injures du dehors peut manquer, ainsi que je viens de le dire; il peut être incomplet, il peut s'égarer parce que la réactivité est excessive ou s'opère défectueusement. De là, des subactions, des réactions funestes, liées à la présence de la provocation. Ces maladies sont la déviation des précédentes et ont dû être observées en même temps.

La capacité de réaliser les affections exige des procédés plus compliqués; le corps vivant est toujours en mesure, une provocation suffisante étant donnée, de répondre peu de temps après, et quelquefois immédiatement, par les phénomènes d'une réaction,

d'une subaction morbides. L'affection exige au préalable un travail particulier dont j'ai déjà parlé [1].

La capacité morbide affective ne peut donc entrer en action que moyennant une préparation par laquelle le corps vivant se met en mesure. Certaines affections reconnaissent des causes provocatrices assez puissantes pour déterminer dans la majorité des sujets, et chez les mieux portants, l'incubation nécessaire. Tels sont, par exemple, les virus contagieux énergiques. La minorité qui résiste est petite, et l'on ne peut dire pourquoi elle résiste, sauf bien entendu les cas de maladies qui ne peuvent se reproduire deux fois sur le même sujet; et il demeure certain, je le répète, que ceux qui deviennent malades ne cèdent pas à l'impulsion du virus par suite d'une infirmité appréciable. Il est visible, au contraire, que l'énergie de pareils stimulus surmonte la résistance des organismes le mieux constitués en apparence, comme celle des faibles. Nous sommes, à très-peu près, tous égaux devant eux, et la minime exception est inexplicable.

Distinguons ces capacités morbides affectives, mises en jeu par des causes provocatrices spécifiques dont l'effet est à peu près certain, de celles pour lesquelles le genre de vulnérabilité qu'on appelle prédisposition est nécessaire. Ici, la prédisposition est le facteur principal; la cause provocatrice est très-inférieure en puissance, ainsi qu'au point de vue de l'appropriation. Elle n'est qu'une occasion de maladie qui peut varier beaucoup et qui est en rapport avec la nature de la prédisposition.

Chaque capacité exige la présence de certaines conditions. Les causes provocatrices à conséquences morbides presque certaines, sont celles qui trouvent le nécessaire dans le premier organisme venu; pour d'autres maladies, il faut l'aptitude spéciale qu'on appelle prédisposition. Sans prédisposition, rien ne se fait.

Grâce à la nécessité des causes provocatrices, et, pour beaucoup de ces causes, de la prédisposition, le plus grand nombre de capacités morbides sont sans emploi. Elles restent latentes toute la vie, et l'on peut mourir de vieillesse sans avoir jamais été malade.

Nous verrons que la prédisposition, précisément parce qu'elle

[1] Voyez *Incubation*.

est une condition favorable à telle maladie, en exclut plusieurs autres.

Le lecteur comprend ainsi sans peine que, bien que nous apportions en naissant toutes les capacités morbides, un petit nombre seulement passe de l'état de puissance à l'état d'acte.

Une étude chronologique de la pathologie humaine nous montrerait celle-ci d'abord réduite aux maladies traumatiques et aux maladies des saisons. Puis on verrait les causes provocatrices se multiplier autour de l'homme à mesure qu'il se met en rapport avec des climats nouveaux, avec chacun des stimulus que sa curiosité industrieuse découvre; et enfin, le genre de vie, les excès, la maladie, donner naissance aux prédispositions, lesquelles se transmettent par hérédité, circonstances favorables à la réalisation de capacités morbides jusque-là latentes.

Ces capacités morbides qui ont trouvé leurs conditions dans les changements progressifs de la société humaine, sont entrées en exercice selon un ordre appréciable. Les maladies qu'elles fournissent sont les plus anciennes, les plus naturelles, et constituent, si je puis ainsi parler, le fond pathologique commun.

On signale ensuite la mise en lumière d'autres capacités longtemps enfouies, certainement faute de causes provocatrices ou de conditions. Elles apparaissent à des époques historiquement fixées: variole, rougeole, certaines épidémies, etc., et se rattachent à l'introduction d'une cause provocatrice nouvelle dans le milieu qui nous entoure. Parmi ces maladies jugées extraordinaires quand elles ont paru, les unes ont conservé leur stimulus, leurs conditions, et sont restées. D'autres, pour des motifs contraires, après avoir duré un certain temps, ont disparu pour ne plus revenir. Il est enfin d'autres capacités morbides qui s'épanouissent de préférence dans certains lieux, parce que là les circonstances les favorisent d'une manière spéciale (endémie). Notons, parmi les endémies, celles qui n'existent que dans une région circonscrite, et dont, entre autres, la maladie dite bouton d'Alep est un exemple remarquable et bien connu.

Comment nos capacités morbides passent-elles de la virtualité à l'action? A quelles conditions? Des causes provocatrices appropriées sont-elles nécessaires; et lesquelles? Tel est l'objet de l'étiologie. Il est bon de faire remarquer, en passant, que l'hygiène, dont la mission est d'empêcher les capacités morbides de devenir effec-

tives, s'attache à nous prémunir contre les causes provocatrices, à prévenir l'établissement des conditions que nous pouvons éviter parce qu'elles sont accidentelles, non naturelles. Avec les lumières d'une bonne étiologie, l'hygiène distingue aisément les maladies qu'elle pourrait épargner à l'humanité, et celles vis-à-vis desquelles elle doit reconnaître son impuissance.

En résumé, l'étiologie est la partie de la médecine qui, partant du principe des capacités morbides, énumère et apprécie de son mieux les circonstances extérieures et intérieures qui concourent à faire entrer ces capacités en exercice. Tel est le programme que je vais essayer de remplir.

ARTICLE II. — SPONTANÉITÉ MORBIDE.

Dieu seul aurait le privilége de la spontanéité, si l'on définissait celle-ci : le pouvoir d'agir sans provocation, sans conditions préalables. La spontanéité observée ici-bas n'est qu'une image lointaine de la spontanéité divine. L'âme reproduit le moins inexactement les traits de cette dernière. Vient ensuite la force vitale. Dans la force brute, toute trace de spontanéité est effacée.

Un être créé est dit *spontané* quand il peut se modifier lui-même et être cause génératrice de ses effets, les choses du dehors ne lui servant qu'à titre de conditions, d'incitation à agir.

Le corps brut n'a pas de spontanéité, parce qu'il ne peut se modifier lui-même, parce qu'il n'est à lui seul la cause génératrice d'aucun effet ; celle-ci exigeant toujours pour être complète, ainsi que je l'ai prouvé plus haut, l'intervention d'un autre agent au moins, et constituant par conséquent la somme de deux activités égales.

Si le lecteur a bien compris l'idée de cause provocatrice, il voit que la plus puissante de ces causes n'entre dans l'action génératrice de l'effet qu'à titre de facteur étranger, d'agent incitateur, et il saisit la différence radicale qu'apporte la spontanéité dont les forces psychique et vitale sont exclusivement douées.

D'après ce qui précède, toute maladie ayant le corps vivant pour unique auteur porte le cachet que le corps vivant seul imprime à tous ses effets, et est une œuvre de spontanéité. Mais toutes les maladies ne sont pas spontanées au même titre. Cela dépend de

l'absence ou de la présence d'une cause provocatrice, et du degré, du mode d'influence que cette cause a exercée.

Il faut distinguer les maladies *provoquées* des maladies *non provoquées*.

Les maladies provoquées sont de deux sortes. Les unes ont avec le stimulus des relations de dépendance telles qu'elles durent autant que l'action incitatrice et finissent quand cette action a cessé. Dans les autres, le corps vivant obéit d'une façon différente à la provocation. Celle-ci détermine un travail préparatoire, à la la suite duquel la provocation n'est plus nécessaire à l'effet morbide. Elle peut disparaître, et disparaît dans beaucoup de cas, et la maladie n'en continue pas moins. Une pareille maladie est évidemment plus spontanée que la précédente, qui dépend de la provocation depuis son commencement jusqu'à sa fin.

Si quelqu'un niait absolument la spontanéité dans ce dernier cas, je lui ferais remarquer que la maladie, par exemple, liée à la présence d'un corps étranger, est aussi bien l'œuvre exclusive de l'organisme vivant que n'importe quelle autre maladie. Rien, dans le corps étranger, ne fait partie intrinsèque de la cause génératrice isolée de ses précédents et considérée en elle-même. Aucune de ses propriétés ne lui permet de tirer de soi quelque chose qui ressemble à une réaction inflammatoire. Il est simplement l'auteur d'une incitation qui met en jeu une capacité entièrement possédée par le sujet sur lequel il agit. J'ajouterais que les phénomènes qui marquent ces maladies réactives : fluxion, phlegmasie, irritation, subaction, etc., sont les plus naturels à l'homme malade et se montrent sans provocation appréciable dans une foule d'autres circonstances. Ils ne sont certes pas attachés à la présence de tel stimulus, car une foule de stimulus très-différents peuvent amener le même résultat. Puisque, de tous les facteurs possibles, le corps vivant est le seul indispensable, force est de conclure que le corps vivant est seul cause nécessaire, cause engendrante, et c'est là le caractère de la spontanéité. Les maladies dont je parle participent de la spontanéité, et tout ce que l'on peut en dire, c'est que chez elles la provocation est assez puissante pour surmonter toute résistance et pour entraîner le corps vivant à agir comme il fait ; de là, l'indication capitale de supprimer le stimulus. Toutefois, je le répète, cela n'exclut pas la spontanéité.

La spontanéité est plus prononcée dans les maladies où la

cause provocatrice n'agit que pour déterminer l'incubation. Une fois celle-ci accomplie, tout appartient sans conteste au corps vivant. C'est effectivement celui-ci qui engendre et gouverne tous les phénomènes d'une variole, d'une rage, d'une syphilis, etc. Attribuer alors une part quelconque à la présence de la parcelle de virus inoculé, c'est admettre une hypothèse non-seulement gratuite, mais contraire aux lois de la physiologie; car il est indubitable que lorsque la maladie éclate, le virus a été, ou décomposé, ou neutralisé, ou éliminé. D'un autre côté, la thérapeutique proteste contre une semblable supposition. Nous sommes loin du temps où, pour traiter ces maladies, on visait seulement à l'expulsion du virus.

On acceptera plus volontiers encore la spontanéité des maladies dans lesquelles la provocation, moins énergique, ne fait que donner l'impulsion à une prédisposition existant déjà.

Enfin, le plus haut degré de la spontanéité est la maladie qui s'établit sans provocation appréciable.

Est-il possible qu'une maladie s'établisse sans provocation? L'École qui nie la spontanéité du corps vivant s'inscrit contre une semblable pensée. D'après elle, nous sommes assimilés aux êtres inanimés qui ne peuvent rien produire sans le concours, en part égale, d'un autre agent. Je n'ai pas besoin d'ajouter aux raisons exposées plus haut contre cette doctrine. Mais je dois m'expliquer sur une opinion plus répandue et qui, moins éloignée de la vérité, réduit le rôle du stimulus à celui de cause provocatrice. Dans cette opinion, le corps vivant n'a par lui-même aucun motif de passer de l'état hygide à l'état pathologique. Il resterait tel qu'il est, s'il n'était sollicité par une incitation; l'incitation est donc toujours nécessaire, et voici la preuve expérimentale qu'on en donne: Un grand nombre d'opérations pathologiques sont suscitées par un stimulus dont l'existence est démontrée, et n'auraient pas lieu sans ce stimulus. Cela étant, l'on doit admettre par analogie qu'il en est ainsi de toutes. Donc, nos capacités morbides resteraient latentes s'il ne se rencontrait en nous ou hors de nous une sollicitation appropriée.

Plusieurs médecins vont plus loin et prétendent ne pas rencontrer d'exceptions à la règle précédente. Pour peu qu'on soit facile, on trouve toujours quelque chose à incriminer dans ce qui a précédé la maladie. Les détails les plus insignifiants de la vie

sont élevés à la dignité de cause provocatrice, quand on a intérêt à dire : *Post hoc ergò propter hoc*. Ceux qui conviennent de leur impuissance à découvrir une cause de ce genre, affirment que cette impuissance vient de l'imperfection actuelle de nos recherches. Redoublons d'efforts, et nous trouverons. En un mot, on confie à l'avenir le soin de fournir la preuve demandée.

Cette façon d'argumenter ne peut être acceptée par les esprits sérieux. En matière d'observation, ceux-ci ne connaissent que l'observation déjà faite. Une observation est sans valeur tant qu'elle ne repose pas sur des faits démontrés, et, jusqu'à ce qu'il en soit ainsi, on doit s'en tenir à ce qu'on a constaté.

Or depuis bien des siècles il est admis qu'un grand nombre de maladies, phthisie tuberculeuse, goutte, rhumatisme, etc., peuvent s'établir sans aucune provocation appréciable, et jusqu'à plus ample informé je maintiens la vérité de ce précepte. Si la médecine était à ses débuts, je comprendrais la réserve de ceux qui pensent autrement ; mais depuis le temps que l'on observe, que l'on expérimente, nous avons acquis le droit d'émettre une opinion fondée sur des faits négatifs qui se reproduisent incessamment.

Je suis d'autant plus autorisé à admettre ce genre de spontanéité morbide que, toujours d'après l'expérience, il est certain que les maladies naissant habituellement sous l'influence d'un stimulus puissant, s'en sont passées dans des cas exceptionnels. Je fais allusion aux varioles, aux rougeoles, etc., nées sans contagion préalable et sans rien autre que l'on puisse considérer comme ayant joué à leur égard le rôle de cause provocatrice. Si j'en crois même des observateurs dignes de confiance, la syphilis, la rage, la morve ont pu, sans inoculation, s'établir et évoluer avec tous leurs caractères. On aura peut-être le courage de nier les faits ; mais ce procédé n'est pas de mise entre gens qui cherchent impartialement la vérité : d'ailleurs, c'est reculer la difficulté, car certainement la première syphilis, la première rage, etc., qui ont apparu sur la terre, n'ont pas été inoculées. D'une autre part, on observe des maladies qui s'établissent en dépit de provocations contraires. Dans un milieu incitant fortement aux maladies bilieuses, tel sujet présentera une pyrexie nettement inflammatoire ; un autre sera atteint d'une maladie bilieuse au moment où tout autour de lui sera contraire à ce genre de maladie. Quels que soient les caractères du milieu dans lequel ils vivent, l'enfant, l'adoles-

cent, l'adulte, le vieillard, seront exposés aux maladies propres à leur âge. Transportez-les dans un autre climat, ces maladies seront peut-être modifiées, mais n'en existeront pas moins. Pareillement, pour les maladies dont nous avons la prédisposition héréditaire fortement prononcée, on a beau changer le lieu, le régime, ces maladies naissent et évoluent malgré l'opposition qu'on leur a faite.

Ces faits et beaucoup d'autres témoignent en faveur du principe de l'existence des capacités morbides capables de mûrir pour l'action, par suite d'une vertu spéciale à l'individu vivant. De ce qu'un stimulus est nécessaire dans beaucoup de cas, il ne s'ensuit pas qu'il soit partout indispensable. Dans certaines circonstances, le corps vivant trouve en lui-même tout ce qu'il faut, et cela est encore plus évident pour les maladies dans lesquelles une prédisposition tient la première place, où par conséquent la provocation descend au plus bas degré de puissance. Entre une maladie ainsi formée et une maladie sans provocation, la transition est si naturelle qu'elle n'a rien de choquant et qu'elle est sans peine acceptée comme légitime.

Ma théorie a l'avantage de tenir compte de tous les faits, de se passer de l'avenir. Elle reconnaît l'énergie variable, la nature diverse des provocations ; elle admet en outre l'apport de l'organisme vivant ; elle proclame enfin l'existence de maladies dans lesquelles cet organisme, développant la plénitude du genre de spontanéité qui lui est dévolue, réalise une capacité morbide de lui-même et sans provocation appréciable. Il est tout à la fois, dans cette espèce de causalité, l'action modifiante et l'action modifiée.

L'opinion le plus sage est donc celle qui admet en même temps la *spontanéité* et la *provocabilité*, et leurs rapports respectifs dans un cas donné de maladie. Le problème pratique consiste à apprécier ce que le corps vivant et le stimulus extérieur apportent dans l'événement. Négliger l'un ou l'autre est un excès qui a de fâcheuses conséquences en thérapeutique.

Quelle que soit la maladie à traiter, il y a toujours indication de soustraire le sujet à toutes les provocations qui, n'importe à quel titre, ont contribué à la former. Cette indication acquiert une grande valeur à l'égard des maladies qui, dans l'immense majorité des cas, ne viennent que sous l'influence d'un stimulus approprié. Cette valeur est aussi grande que possible quand la maladie

est non-seulement provoquée, mais entretenue par ce stimulus. La science des stimulus morbifiques est donc indispensable à la thérapeutique, notamment à la prophylaxie, et il faut se garder de lui imposer des limites désavouées par l'expérience.

Mais, d'un autre côté, faisons une part équitable à la spontanéité. Si nous la nions absolument, nous transformons le fait morbide en un fait physique ou chimique, et il sortira de là des excentricités thérapeutiques telles que tout praticien en sera scandalisé. Si, n'accordant pas à la spontanéité ce qui lui revient, nous pensons que la provocation existe partout, est partout indispensable, le désir de la trouver nous entraîne à accuser des stimulus parfaitement innocents, à devancer l'avenir, et nous admettrons des provocations imaginaires. Les exemples de ce genre sont très-multipliés dans l'histoire de la médecine, et continuent de nos jours. Toutes les Écoles, sans exception, qui professent la nécessité d'une cause provocatrice pour l'explication de la maladie, sont condamnées, dans une foule de cas, à aller au-delà de l'observation, et à prendre pour démontrées les choses qui servent à parfaire leur théorie pathologique. L'erreur change de forme selon les temps, mais subsiste toujours. Il serait facile de signaler des inventions modernes qui sont l'équivalent de la puissance jadis attribuée à l'influence des astres, à la matière peccante, etc.

Croire à la nécessité constante de la cause provocatrice, c'est être amené à en exagérer la valeur. De là, l'opinion que toutes les maladies sont des réactions contre un stimulus nuisible ; opinion qui, logiquement appliquée, nous ramènerait au temps où l'on provoquait à tout prix la sueur chez les varioleux pour expulser la cause matérielle, où l'on faisait fortement saliver les syphilitiques pour atteindre le même but. Mais heureusement ceux qui, en théorie, donnent une extension si grande à la réaction, se gardent bien de se montrer conséquents lorsqu'ils sont en présence des malades. Là, ils accordent à la spontanéité ce qu'ils lui refusent dans leur cabinet, et ce témoignage est précieux, car c'est le bon sens pratique qui triomphe du raisonnement théorique intéressé.

On le voit, la question de la spontanéité du corps vivant touche aux plus graves intérêts de notre art. Elle est le complément de celle de la capacité morbide. Il y a là deux vérités qui s'impliquent et se soutiennent l'une l'autre.

En terminant cet article, je dois donner un avertissement. L'usage permet d'appeler *maladies spontanées* celles qui naissent sans provocation appréciable. Cela ferait croire que la spontanéité n'est pour rien dans les autres. Ce serait une erreur, car, on l'a vu, la spontanéité entre dans toutes les maladies, mais à des degrés divers dont j'ai fait connaître les principaux. Les maladies appelées communément spontanées sont celles qui le sont le plus. Moyennant cette correction mentale, ce mot peut être conservé.

CHAPITRE III.

DE L'IMMUNITÉ MORBIDE.

Le programme de l'étiologie comprend deux choses : l'étude des stimulus morbifiques, celle des états vitaux dont l'exagération mène à la maladie, ou qui nous rendent plus accessibles à l'action des stimulus. La seconde partie sera exposée à l'article *Prédisposition*. Le plus haut degré de cette dernière est la *susceptibilité*, la *vulnérabilité* morbides, que les anciens appelaient εὐπαθεία. Je traiterai en premier lieu des stimulus morbifiques, et je crois utile de commencer par examiner l'*immunité*, à l'égard de ces stimulus (δυσπαθεία). Je ferai connaître des faits importants, et je faciliterai en même temps l'intelligence de ce qui doit suivre.

L'*immunité* est la résistance opposée par le corps vivant aux causes provocatrices de maladie.

On sait que cette résistance a des bornes ; elle est par conséquent loin d'être absolue. Bien plus, une résistance absolue est incompatible avec les conditions de la vie présente. Il faut que nous sentions les stimulus nécessaires au fonctionnement hygide, et nous ne pouvions pas être insensibles aux stimulus malfaisants, d'autant mieux que le même, selon les circonstances, sert ou nuit. De grands inconvénients auraient été la conséquence de notre insensibilité à l'égard des attaques hostiles, en supposant que cette insensibilité eût pu être une loi de notre nature hygide. Le corps aurait été incapable de réparer les dommages matériels causés par les agents physico-chimiques. On sait que la restauration de nos parties est faite à l'aide de procédés morbides, lesquels n'auraient pas de raison d'être si l'économie ne sentait pas ce genre de provocation. La thérapeutique chirurgicale tout entière repose

sur cette base, car une opération n'est possible que parce que la chirurgie compte sur une réaction dont le but est la réparation des parties. La thérapeutique par les médicaments serait pareillement interdite, si la provocation aux actes morbides eût été sans effet; personne ne l'ignore, l'art de médicamenter consiste à provoquer opportunément des scènes pathologiques qui servent au traitement d'une maladie. En somme, l'immunité absolue est une chimère, et, si un miracle nous l'accordait, elle aurait plus d'inconvénients que d'avantages.

Après ces considérations, qui nous donnent une première connaissance de l'immunité, examinons celle-ci de plus près.

Il convient d'abord de la distinguer de ce qui n'en a que les apparences. La puissance d'une cause provocatrice est attachée à l'existence de certaines conditions. Ces conditions peuvent ne pas être remplies, bien que cependant elles semblent avoir été observées. Tel individu s'expose à la contagion de la syphilis et ne contracte pas cette maladie; un autre est vacciné sans résultat, etc. Il serait prématuré d'en conclure à l'immunité de ces sujets par rapport à la syphilis, à la vaccine. La preuve que cette immunité n'existe pas, c'est que l'essai recommencé est suivi de son plein et entier effet. Il est raisonnable de penser que la première tentative a échoué parce que l'inoculation du virus n'a pas été faite d'une façon convenable. On peut savoir, pour la vaccination par exemple, le motif de l'échec, et en s'y prenant mieux une autre fois on atteint le but.

Si, par ce fait seul qu'un sujet a été exposé sans résultat à l'action d'un stimulus qui provoque habituellement telle maladie, on ne peut en inférer l'immunité, à plus forte raison n'y a-t-il pas immunité quand ce stimulus est éloigné. Nous n'avons pour la plupart, ni la fièvre jaune, ni le typhus, ni le bouton d'Alep, ni une foule d'autres maladies. Ce n'est pas une raison pour croire que nous ne possédons pas les capacités correspondantes et les conditions internes. Peut-être même sommes-nous prédisposés à ces maladies; mais l'appoint étiologique nécessaire que le stimulus doit fournir faisant défaut, la capacité reste latente, et la prédisposition, s'il y en a une, est sans effet.

Je n'admets qu'avec restriction l'immunité d'un sexe, par rapport aux maladies propres à l'autre. Une capacité morbide est parfaitement conçue, abstraction faite des causes provocatrices

spéciales, de l'organe où elle se réalise, et de la forme de son évolution. En ce sens, les deux sexes sont capables des mêmes maladies, bien que chacun d'eux soit généralement plus exposé à certaines. Mais quant à une véritable immunité, elle n'existe point. Nous verrons plus tard, quand il s'agira des éléments morbides, qu'ils sont les mêmes dans les deux sexes. Tous les éléments des maladies de l'homme se retrouvent dans celles de la femme, et réciproquement. La pathologie féminine présente l'équivalent de l'orchite, de l'hydrocèle, du varicocèle, etc.; et de même la pathologie masculine contient des maladies au fond semblables à la métrorrhagie, à la fièvre de lait, à la fièvre puerpérale, à la chlorose, à l'hystérie, etc.

En définitive, il reste une vérité du domaine banal, et qu'il suffit d'énoncer : un sexe est à l'abri des formes morbides attachées aux organes qu'il n'a pas, et des causes provocatrices provenant de l'altération anatomique, fonctionnelle, de ces mêmes organes.

L'immunité que je vais étudier est plus que cela : c'est celle qui, la maladie étant considérée en dehors de ce que lui donnent de spécial le siége et l'espèce de provocation, empêche l'entrée en exercice d'une capacité morbide, faute de conditions favorables dans le sujet. Nous allons voir qu'il y a, quant à leur durée, des immunités permanentes, des immunités temporaires et des immunités fugaces. Chacune de ces qualités doit être rattachée à sa cause. Le stimulus étant, en ce qui le concerne, ce qu'il doit être au point de vue des vertus qui lui sont attachées et de son application, pourquoi n'est-il pas suivi de ses conséquences ordinaires? Pour deux raisons : 1° il n'est pas convenablement senti (absence des conditions de réception); 2° il ne rencontre pas l'organisme vivant en mesure d'exécuter l'opération morbide provoquée (absence des conditions de susception). Ces deux obstacles se trouvent fréquemment réunis, et il n'est pas toujours aisé de faire à chacun la part qui lui revient. Quand tout prouve que la susceptibilité morbide est présente, on doit croire que le stimulus n'a pas été convenablement senti.

Le stimulus peut ne pas être senti par suite d'une qualité mystérieuse que rien n'explique, que rien ne permettait de prévoir. Ce fait empirique est un de ceux qu'on a attribués à ce qu'on appelle *idiosyncrasie*. L'idiosyncrasie n'est qu'un mot, une simple

étiquette, servant à grouper certaines observations dans lesquelles le mécanisme étiologique est inconnu.

Il est certain qu'il y a des individus qui restent exceptionnellement impassibles en présence de stimulus d'une grande énergie morbifique. Tous les traités classiques mentionnent ces immunités idiosyncrasiques à propos de certains poisons, et citent des faits à l'appui. On sait que ce qui est poison pour une espèce animale ne l'est pas toujours pour une autre, et devient au contraire un aliment. On sait aussi que chaque race humaine a ses susceptibilités et ses immunités propres. Je rapproche de ces cas ceux que les pathologistes racontent des immunités de famille, de nationalité. Parmi les exemples nombreux de ce genre, je me contenterai de rappeler le suivant, rapporté par Degner [1] : Pendant une épidémie de dysenterie qui sévit à Nimègue, les Juifs et les Français qui habitaient cette ville furent complètement épargnés.

Les médecins qui ont pratiqué en Afrique, en Amérique, s'accordent à dire que les indigènes n'ont pas la fièvre typhoïde; les cas de cette fièvre sont exclusivement fournis par les Européens. Il en est de même pour d'autres maladies. Ce sont autant d'immunités qui n'ont pas encore été expliquées.

Il existe certainement une raison organico-dynamique de ces priviléges. Je serai, tout à l'heure, obligé d'admettre des susceptibilités morbides qui, dans l'état actuel de la science, sont également mystérieuses.

Je remarque que ces immunités, comme aussi ces susceptibilités, peuvent se perdre par l'effet de l'âge, par l'émigration dans un autre pays, dont on subit l'influence. Ainsi, au rapport de M. Rochoux, la rougeole, la scarlatine, respectent les indigènes des Antilles ; mais cette immunité cesse pour eux après deux ans environ de séjour en Europe. Évidemment, il s'est alors opéré un changement sous l'influence des modificateurs nouveaux, changement qui a fait naître les conditions favorables aux maladies en question. On ne peut dire en quoi il consiste; par conséquent, nous ignorons aussi bien en quoi consiste la situation antérieure d'où résultait l'immunité. Toutefois, nous avons ici une lumière, car nous savons que cet état particulier peut disparaître à la suite

[1] Degner; *Historia medica de dysenteria bilioso-contagiosa*, etc., etc., anno CIↃ IↃ CCLV, pag. 30.

de certaines influences de climat. Donc l'obscurité n'est pas complète en ce qui le concerne.

Nous sommes plus avancés à l'égard d'autres immunités au sujet desquelles l'expérience nous a appris, non-seulement comment on les perd, mais aussi comment on les gagne. Ce sont celles qui sont acquises au moyen de l'*assuétude*.

L'assuétude est un fait qu'on ne peut rencontrer chez les êtres de l'ordre brut. L'assuétude implique la sensibilité; c'est une loi physiologique que la sensibilité diminue jusqu'à devenir nulle par rapport à un stimulus, lorsque ce stimulus a agi pendant longtemps. En s'habituant aux médicaments, aux poisons, aux influences atmosphériques, aux miasmes, etc., on cesse d'être impressionné par ces agents. Il faut, ai-je dit, un long temps pour en arriver là, et les commencements sont laborieux lorsqu'il est impossible de doser la quantité de l'agent, afin de l'accommoder à l'état actuel de la partie sentante. Cela ne se pouvant pas à l'égard des influences atmosphériques, il en résulte que l'acclimatation, série d'épreuves à la suite desquelles l'étranger s'habitue à un milieu nouveau, est mortelle pour plusieurs et s'accompagne, chez ceux qui résistent mieux, d'une indisposition plus ou moins durable, et même d'une maladie sérieuse, au prix desquelles l'immunité est acquise. Cette immunité se perd après une absence suffisante; toutes celles de même genre disparaissent également après une longue interruption de l'emploi du stimulus.

On ne s'habitue qu'au stimulus qui a été en expérience, et l'on n'acquiert pas l'immunité contre les autres dont les propriétés sont analogues. Ainsi, une personne qui, à la suite de doses progressivement croissantes, est parvenue à prendre impunément de grandes quantités d'opium, témoigne une sensibilité ordinaire à l'égard d'un autre narcotique et même à l'égard d'une préparation différente d'opium. Cela prouve que la capacité morbide répondant à la provocation narcotique est restée entière; seulement, telle substance spéciale n'étant plus convenablement sentie grâce à l'assuétude, a perdu le privilége de faire entrer cette capacité en exercice.

Il suffit de dire, en terminant ce sujet, que les stimulus auxquels on peut s'habituer sont ceux dont l'action principale est dynamique. Un agent physique ou chimique est suivi nécessairement de son effet immédiat sur l'agrégat. L'assuétude n'a rien à voir dans cet ordre de conflits.

Je passe à l'immunité qui provient de circonstances particulières à l'ensemble du corps vivant, et qui l'empêchent de réaliser la capacité morbide provoquée.

Le fait suivant a été remarqué par tous les praticiens. Un sujet s'expose à une cause morbifique puissante. On a lieu de croire que cette cause a été convenablement appliquée et que les parties avec lesquelles elle s'est trouvée en rapport ont leur sensibilité ordinaire, et cependant il n'en résulte aucun effet pathologique. Peu de temps après, l'épreuve est renouvelée de la même manière, et cette fois le sujet cède à l'influence morbifique. La différence des résultats vient de la différence des deux situations dans lesquelles le corps vivant se trouvait au moment de chaque provocation. Ou bien l'impression fournie par la première de ces provocations est passée inaperçue, ou bien le corps vivant n'était pas en mesure pour exécuter la maladie. Dans l'impossibilité où l'on est d'invoquer ni l'assuétude ni l'idiosyncrasie, on doit penser que l'immunité du sujet et la vulnérabilité qu'il a montrée ensuite ont dépendu d'une de ces modifications mobiles et successives que les événements ordinaires de la vie amènent après eux : un état moral, par exemple, la présence ou l'absence du travail de la digestion ; ou bien les forces, qui étaient bonnes lors de la première épreuve, se sont trouvées altérées au moment de la seconde, par suite d'un excès, d'une indisposition, etc. Certainement le sujet ne se trouvait pas dans les mêmes conditions ; favorables la première fois, elles étaient mauvaises la seconde.

C'est d'après ce genre de faits que l'hygiène s'efforce de procurer l'immunité à l'égard des maladies populaires dont la cause provocatrice s'exerce dans le milieu qui nous entoure ; celui qui, par exemple, dans un pays marécageux est mal nourri et sort à jeun, est plus exposé à contracter les fièvres que celui qui use d'une alimentation tonique, substantielle, et ne se soumet à l'action de l'effluve qu'après s'être réconforté l'estomac.

Un tempérament prononcé met généralement à l'abri des maladies qui sont favorisées par un autre tempérament.

La grossesse, l'allaitement, quand ils ne portent pas atteinte aux forces radicales, donnent à l'ensemble de la synergie vitale une direction spéciale accentuée, constante, qui tend à se maintenir et qui empêche d'autant les maladies dont l'établissement exigerait l'emploi d'une partie des actions vitales employées par ces fonctions.

Tout ce qui occupe le système d'une façon énergique procure une immunité qui cesse avec la cause qui l'a donnée. C'est ainsi qu'en temps d'épidémie, les personnes absorbées par l'accomplissement d'un devoir ont plus de chances d'être préservées que celles qui sont oisives ou distraites par la peur. Plus tard, quand je parlerai de l'influence du moral, nous verrons que le calme de l'esprit, la résignation, sont des circonstances propices à l'immunité et à la bonne exécution des maladies.

L'existence d'un travail qui dispose d'une grande quantité de l'action vitale disponible est donc, tout étant égal d'ailleurs, une condition défavorable à la formation d'un autre travail un peu sérieux.

La cause de ce genre d'immunités peut être un fait morbide.

Un délire extatique empêche ou modère les scènes morbides qui sont la conséquence habituelle des provocations. On explique ainsi les tolérances présentées par les convulsionnaires du cimetière de Saint-Médard, et par tant d'autres illuminés, par rapport aux violences traumatiques auxquelles leurs corps était soumis. Dupuytren a posé en principe que lorsqu'on a à traiter une blessure chez des individus plongés dans cet état vitalo-psychique, il ne faut pas craindre de multiplier les points de suture pour peu qu'ils paraissent nécessaires, parce qu'il est d'expérience que chez eux les réactions, soit locales, soit générales, ne prennent pas de grandes proportions. La réaction peut même faire complètement défaut. Dans une brochure intitulée : *Essais sur les fièvres et sur les empoisonnements miasmatiques*, le Dr Pratbernon raconte un fait que j'ai déjà mentionné et que je vais rappeler : un jeune homme athlétique s'étant donné plusieurs coups de couteau au commencement d'un accès de manie furieuse, les plaies restèrent pâles et béantes comme si elles avaient été faites sur un cadavre, jusqu'à la fin de l'accès qui dura quinze jours. Alors seulement les parties témoignèrent leur sensibilité, la réaction commença et parcourut ses phases habituelles.

Il se peut que la présence simultanée de plusieurs lésions traumatiques, surtout quand elles siégent loin l'une de l'autre, ait cet avantage d'empêcher, par une espèce de révulsion réciproque, la concentration trop grande de l'action morbide sur un point, et de maintenir chaque réaction locale dans une modération favorable. C'est ainsi que je crois pouvoir expliquer la simplicité de

la marche, la facilité de la guérison de certaines plaies multiples. Plusieurs travaux morbides existant ensemble, ou bien les forces du sujet ne peuvent y suffire, et le péril est grand ; ou bien ses forces sont suffisantes, et alors la diversion opérée par chacun maintient les autres dans une mesure convenable. Le fait suivant, relaté par Pariset[1], témoigne d'une façon significative en faveur de la théorie que j'émets. Un individu s'était donné une entorse aux deux poignets. La réaction ordinaire eut lieu sur un des poignets, et ne commença sur l'autre que lorsque la première fut apaisée. Ici l'antagonisme a été manifeste, puisque le premier travail a empêché, tant qu'il a duré, la formation du second.

Il n'est pas nécessaire d'invoquer des cas rares pour prouver la possibilité de cet antagonisme. Ce n'est pas un sujet d'étonnement pour un praticien, que de voir une maladie suspendant la marche d'une autre maladie, ou en empêchant la formation. Il est tout simple que les conditions qui facilitent la réalisation d'une capacité morbide soient contraires à la réalisation d'une autre capacité, et qu'une maladie donne l'immunité par rapport à un grand nombre d'autres. Nous verrons qu'il en est ainsi des prédispositions.

Les maladies qui, d'ordinaire, ne se montrent qu'une fois pendant le cours de l'existence, ont certainement ce privilége, parce que le fait de leur évolution enlève les conditions favorables à leur établissement. C'est en agissant d'une semblable manière que la vaccine préserve de la petite-vérole.

Les immunités dont je viens de parler sont limitées à un certain nombre de maladies et même à une seule. Elles viennent d'un état organico-vital, de nature à empêcher l'établissement d'un autre état différent ou contraire. Elles peuvent laisser le corps vivant vulnérable vis-à-vis d'autres provocations, et sont loin de supposer une santé vigoureuse. On peut même être très-faible, bien que l'on soit à l'abri des maladies d'un autre âge, d'un autre tempérament, de la variole, de la phthisie, de la fièvre jaune, etc. Nous venons de voir que plusieurs de ces immunités sont onéreuses, car elles n'existent que parce qu'on est déjà malade. C'est un avantage restreint, spécial, mêlé à des inconvénients, et parfois chèrement payé.

[1] Pariset; art. CAUSE du *Dictionnaire* en 60 vol.

Il est donc utile de distinguer ces immunités *partielles* de l'immunité que je puis appeler *générale*, si je considère l'étendue de la sphère dans laquelle elle s'exerce. Cette immunité, désirable par-dessus toutes les autres, est celle qui provient d'une excellente situation des forces. C'est une bonne santé qui la donne.

Existe-t-il vraiment une immunité générale? Non certainement. Il y a, nous l'avons vu, des causes provocatrices assez puissantes pour surmonter la résistance la plus grande que le corps vivant puisse opposer, et devant lesquelles les forts et les faibles sont tous égaux.

Ensuite, il est très-douteux qu'un organisme soit assez parfait pour être incessamment capable de rester impassible en présence d'une cause provocatrice quelconque, même peu énergique. La meilleure santé a ses infirmités, ses servitudes. Le mieux doué est celui qui présente le moins de ces infirmités, de ces servitudes; il penche toujours d'un côté, et il tombe à son heure quand il est un peu fortement poussé dans ce dernier sens.

Reconnaissons-le toutefois, les individus favorisés par une bonne constitution et fortifiés contre les causes provocatrices du milieu où ils passent leur vie, peuvent être, avec les réserves déjà faites, considérés comparativement comme invulnérables. D'ordinaire, nous n'avons ce privilége qu'à une certaine période de notre existence, la plus brillante de toutes. C'est à la fin de l'adolescence et pendant l'âge adulte qu'on l'observe le plus souvent, et il est très-rare qu'on le conserve toute la vie. Nous avons tous des époques de péril à traverser, pendant lesquelles un bien petit nombre résiste assez complètement pour ne pas faire connaissance avec la maladie.

D'où vient l'espèce d'immunité dont il s'agit maintenant? De cet état de la force vitale et des organes qu'on appelle *bonne constitution*. Quand je traiterai ce sujet, on verra qu'il ne s'agit pas du tout de la force qui se mesure, de la force agissante. Les athlètes, les paysans, ont ce genre de force, et sont à beaucoup d'égards très-vulnérables.

Une bonne constitution donne non-seulement le pouvoir de résister aux causes provocatrices qui sont surmontables, mais encore celui de concevoir, de diriger, de réaliser la maladie qu'on n'a pu éviter, dans le sens de la guérison et avec les procédés les plus simples, les plus efficaces. Ceci est une nouvelle consé-

quence d'une bonne constitution, et mérite d'être appelé immunité contre les accidents, les exagérations, les déviations dont la maladie peut s'accompagner. Tel est le cas, par exemple, d'un sujet qui n'a qu'une variole bénigne, quand les autres varioleux de la localité présentent une forme grave de la même maladie. La variole la plus bénigne contient la variole tout entière, mais sans complication et avec simple atténuation des phénomènes caractéristiques. D'autres maladies permettent plus que cela ; ce sont les phénomènes caractéristiques eux-mêmes qui sont supprimés en grande partie, de façon à faire croire qu'il s'agit de tout autre chose : telle est la cholérine par rapport au choléra. D'autres fois enfin, toute ressemblance avec la maladie a disparu. Cela avait lieu ainsi chez les sujets dont parlent Rœderer et Wagler, et qui, pendant l'épidémie muqueuse de Gœttingue, payèrent leur tribut moyennant une légère fièvre qui revenait toutes les nuits.

Le plus haut degré de l'espèce d'immunité dont je parle est de neutraliser le stimulus hostile avec le secours des ressources hygides, *more hygido;* et, dans le cas où ces ressources étant insuffisantes le procédé pathologique est inévitable, de modérer celui-ci de manière à ce qu'il s'éloigne le moins du procédé hygide sans perdre son efficacité. Ce sera, aux yeux des médecins qui admettent cette distinction, le triomphe de la faculté conservatrice dans le premier cas, et le triomphe de la faculté médicatrice dans le second.

Il appartient à l'hygiène et à la pathologie réunies de formuler les règles pratiques pour obtenir chacune des immunités dont il a été question dans ce chapitre. Les considérations générales qui précèdent devront présider à ce travail. Pour donner l'immunité à celui qui ne l'a pas et la maintenir là où elle existe, l'important est d'en connaître la cause et le degré de stabilité.

CHAPITRE IV.

DE LA PROVOCATION.

ARTICLE PREMIER.— DE LA PROVOCATION EN GÉNÉRAL.

La *provocation* en général est toute action extérieure qui fait entrer en exercice une capacité préexistante dans un être doué de spontanéité. La vie serait impossible sans provocation. Il y a donc des provocations hygides indispensables. Il me paraît utile de jeter sur elles un coup d'œil rapide.

Sont-elles des *provocations* ou des *conditions*? Elles sont à la fois l'une et l'autre. Dans quelques-unes, les deux qualités peuvent être conçues séparément, mais seulement quand on admet la distinction suivante, à savoir : que la provocation s'entend plutôt d'un stimulus qui modifie la sensibilité et que la condition consiste spécialement en une matière qui doit être élaborée. L'air, l'aliment, par exemple, nous présentent ces deux aspects. Dans un travail qui a, comme le mien, un but essentiellement pratique, je ne crois ni utile ni même possible de les séparer pour faire de chacune l'objet d'une étude spéciale ; et pour simplifier, je confondrai sous le nom générique de provocation, non-seulement ce qui émeut la sensibilité, mais encore ce qui apporte des matériaux nécessaires. Je me conforme d'ailleurs à ce qui se passe réellement, car une élaboration quelconque implique dans la substance élaborée le pouvoir de provoquer les mouvements que cette opération exige. Dans cet ordre de faits, provocation et condition font partie de la même idée.

Quant aux conditions internes qui facilitent l'action des stimulus provocateurs, leur séparation est facile, avantageuse, et je les étudierai dans un chapitre particulier.

Comment, à les considérer dans leur ensemble, agissent les nombreux stimulus morbifiques? Il me sera aisé de répondre quand j'aurai dit comment agissent les stimulus qui conservent la vie. Je ramène l'action de ces derniers à trois modes principaux :

1° Ils sont les excitateurs de la sensibilité. La sensibilité est

la faculté première, radicale, de la vie. Elle précède et accompagne tout acte vital, et sans elle l'exercice des autres fonctions serait impossible. C'est pourquoi tout ce qui agit sur nous donne lieu à un fait de sensibilité, et, à ce point de vue, est une provocation, ainsi que je le disais tout à l'heure.

2° En même temps qu'ils font un appel à la sensibilité, beaucoup de stimulus pénètrent substantiellement dans l'organisme et y sont modifiés de façon à servir de matière à une multitude de fonctions liées entre elles par succession ; exemple : chyme, chyle, sang, sécrétions diverses, nutrition, croissance.

3° L'intégrité des organes est nécessaire à leur fonctionnement; or il faut que les agents qui nous entourent soient disposés par rapport à nous de façon à être, par leurs propriétés physico-chimiques, favorables au développement régulier de nos parties et à leur conservation.

Tel est le triple genre de secours apporté par les provocations hygides. Maintenant il est aisé de dire comment, changeant de rôle, elles deviennent des causes morbifiques.

1° Le stimulus est trop énergique et porte la sensibilité à un degré au-dessus de ce qu'elle doit être. Il est insuffisant ou manque tout à fait; et, faute de l'excitation voulue, la sensibilité reste au-dessous de la norme.

2° La matière hygide introduite dans l'organisme pèche par la quantité ou par la qualité; ou bien c'est une matière qui, n'étant pas de celles qui servent à la conservation, est plus ou moins hostile. Dans tous ces cas le stimulus doit être modifié en vue de sa neutralisation, de son élimination, et il arrive trop souvent que ce travail exige l'intervention des procédés pathologiques.

3° Les agents qui font partie du milieu ambiant peuvent, physiquement ou chimiquement, porter atteinte à la configuration, à la structure de nos organes ; de là, des dégradations qui, lorsqu'elles ne tuent pas, amènent nécessairement la maladie.

En résumé, la provocation est morbifique quand elle ne répond pas aux besoins des facultés sensitive, plastique normales, quand elle est contraire à la physique, à la chimie du corps vivant.

ARTICLE II. — PROVOCATIONS PROVENANT DU MILIEU, DE L'AME, DE L'ORGANISME.

Où sont les provocations? Dans le milieu ambiant, dans l'âme, dans l'organisme. Toutes, connues ou inconnues, rentrent dans cette classification.

§ I. **Provocations provenant du milieu.**

J'entends par *milieu* non-seulement les agents du dehors qui sont nécessaires à la vie, mais encore tous ceux avec lesquels nous pouvons être accidentellement en conflit. Le milieu comprend donc les choses utiles en même temps que les nuisibles.

Les premières deviennent causes provocatrices de maladie par excès, par insuffisance, par défaut d'accommodation. On admet sans peine l'action morbifique de l'excès et de l'insuffisance. Une simple réflexion fera comprendre celle du défaut d'accommodation. Pour qu'une chose fasse le bien, il ne suffit pas qu'elle soit bonne en soi, elle doit être aussi appropriée au genre de réception et de susception du sujet. Or la sensibilité et les prédispositions varient, et quand le stimulus ne rencontre pas les conditions favorables, ses vertus bienfaisantes sont d'autant diminuées et remplacées par des vertus contraires. Dans une marge assez étendue, rien n'est absolument bon, rien n'est absolument mauvais. Telle alimentation, telles qualités atmosphériques, font du bien à certains et du mal à d'autres. Les agents réputés mauvais parce que leur influence est funeste à la majorité, peuvent être devenus nécessaires à un individu placé dans des circonstances spéciales d'aptitudes morbides, d'assuétude. En un mot, le bon est ce qui se trouve en rapport avec l'état présent des facultés, le mauvais est ce qui se trouve en désaccord.

J'appelle *hygiéniques* les provocations morbifiques dont je viens de parler.

J'appelle *toxiques* les agents qui sont non-seulement sans emploi pour la vie hygide, mais qui de soi sont hostiles à l'exercice des facultés normales: gaz méphitiques, effluves, miasmes, virus, poisons, etc.

Les provocations *traumatiques* agissent par leurs propriétés physico-chimiques.

§ II. Provocations provenant de l'organisme.

Au point de vue de leur structure, de leur composition, de leur action propre, les parties du corps vivant ne sont pas toujours dans un état d'harmonie irréprochable. En outre, par altération, dégénérescence ou addition (tissus, liquides nouveaux, parasites), il s'opère en nous des changements matériels nuisibles au fonctionnement régulier des organes et de l'ensemble. Ce sont tout autant de provocations à la maladie. Les unes sont le produit d'une action morbide préalable et suscitent d'autres actions du même genre. L'étude de ces provocations et de leurs conséquences a été déjà faite à propos de l'histoire de la maladie. Il sera plutôt question ici de celles qui précèdent la série entière des phénomènes pathologiques.

Comme les provocations venant du milieu, je les divise en *hygiéniques, toxiques, traumatiques.*

Je rapporte aux *hygiéniques* les provocations qui sont constituées par une malformation d'organe, par un défaut ou par un excès de leur activité propre. Il existe dans chacun de nous des organes, des appareils dont le fonctionnement est au-dessus ou audessous de l'exacte mesure. Quand le défaut de proportion harmonique est considérable, l'équilibre de la santé est instable, et il y a provocation à la maladie. De même une malformation, soit congénitale, soit acquise, aura de funestes conséquences, s'il s'agit d'un organe important à la vie. Un organe déplacé, un liquide, un globule pénétrant accidentellement dans des lieux qui ne sont pas organisés pour les recevoir, blessent la sensibilité des surfaces qu'ils touchent, et y suscitent des scènes pathologiques. Ceci est encore un défaut d'accommodation, et par conséquent ces provocations doivent être rangées parmi celles que j'appelle hygiéniques.

Les agents *toxiques* formés au sein de nos parties ne sont pas rares pendant le cours des maladies. L'altération des liquides y est parfois portée au point que leurs qualités bienfaisantes sont changées en qualités hostiles. Ces écarts de la chimie vivante ont été observés sans maladie préalable. On a toujours pensé qu'ils jouaient un grand rôle en étiologie pathologique ; mais, malgré des recherches obstinées, on n'est pas encore bien renseigné sur leur mode de formation, leur diagnostic et leurs effets prochains.

Les actions du corps portant sur des tissus dont la résistance physique est dépassée, donnent lieu à des solutions de continuité, à des déplacements qui sont des provocations *traumatiques* : hernies, sortie des gaz, des liquides de leurs cavités naturelles; rupture des os, des tendons, des muscles, provenant de la contraction musculaire, etc.

§ III. Provocations provenant de l'âme.

Le corps, étant le collaborateur indispensable de l'âme pour l'accomplissement de la vie terrestre, est par rapport à elle la source de provocations incessantes. Parmi ces provocations, il en est qui donnent à l'âme des impulsions funestes auxquelles elle doit résister. C'est à ce prix que l'âme se maintient dans l'état favorable au perfectionnement de ses facultés intelligentes et morales, et qui est pour elle l'équivalent de la santé.

Beaucoup de ces défaillances passagères ou permanentes qu'on appelle *maladies de l'âme*, ont lieu sous l'influence d'une cause provocatrice venant du corps. L'âme est responsable lorsque, le pouvant, mais cédant à une faiblesse coupable, elle n'a pas fait le nécessaire pour surmonter le courant qui l'entraîne. Tout au plus la violence de ce courant peut-elle être considérée comme circonstance atténuante. La responsabilité cesse seulement quand l'interruption des rapports normaux entre le corps et l'âme est telle que celle-ci, totalement privée de sa faculté maîtresse, la volonté libre, a été dans l'impossibilité absolue de résister. Je ne traite pas ici des infirmités de l'âme, mais j'ai voulu poser ces principes, en passant, afin de démontrer le genre d'utilité de l'union des connaissances physiologiques et psychiques pour l'appréciation des faits moraux, où l'élément vital a été un facteur digne d'être pris en considération comme cause provocatrice.

L'âme, à son tour, provoque le corps de manière à le porter vers la maladie.

L'âme, force spirituelle, n'agit que de l'une des trois façons indiquées précédemment. Elle ne peut produire aucune substance toxique, ni aucune action traumatique. Les provocations de l'âme sont exclusivement de l'ordre hygiénique, en ce sens qu'elles viennent d'une puissance nécessaire, mais qui cesse d'être bonne par son mauvais emploi.

L'âme exerce une influence morbifique quand elle *n'agit pas assez,* quand elle *agit trop,* quand ses qualités prédominantes ne sont pas en rapport exact d'harmonie avec celles du corps.

I. Influence morbifique d'une action insuffisante.

Au moral, tout le monde le sait, la paresse enraie le développement des facultés de l'esprit et les fait rétrograder ; ou bien, ce qui est plus commun, l'âme, impatiente de son repos trop prolongé, dépense son activité pour la satisfaction des appétits grossiers. De là le dicton très-connu et très-vrai : l'oisiveté est la mère de tous les vices. Mais ce dont on n'est pas assez convaincu, c'est que l'inertie de l'âme est également funeste pour le corps. Le corps pâtit quand l'âme néglige sa fonction. Il est dans la nature de l'âme d'agir sans cesse, et quand cet exercice est bien ordonné, le corps y trouve des impulsions favorables à sa santé, à sa longévité. Ce qu'on a dit de la supériorité en ce dernier genre des peuples peu avancés sous le rapport intellectuel et moral, est complètement faux. Le contraire est aujourd'hui expérimentalement prouvé, et il en est des individus comme des peuples. Celui qui laisse son esprit s'allanguir dans l'oisiveté prive son corps d'une excitation salutaire et ouvre la porte à la maladie. *Mens sana in corpore sano* est une parole très-juste. Mais qu'est-ce que *mens sana*? C'est l'esprit obéissant à sa loi et travaillant afin d'étendre le champ de ses connaissances et de mieux remplir ses devoirs, afin, en un mot, d'atteindre à la plénitude de sa vie. Ce n'est pas certainement un esprit qui s'oublie dans l'inaction, qui ne se nourrit pas de son aliment propre, qui ne se fortifie pas par sa gymnastique appropriée. On a remarqué que les enfants psychiquement apathiques étaient souvent atteints de maladies par défaut de ton vital ; que les vieillards qui abandonnent leurs occupations habituelles, surtout quand la transition est brusque, deviennent promptement infirmes d'esprit et de corps et ne vivent pas longtemps. Il faut sans hésitation admettre une relation étiologique entre les deux faits. Je n'ai pas à examiner la valeur politique et sociale de la loi qui fixe à un certain âge la retraite des fonctionnaires du gouvernement ; mais j'affirme qu'elle est fatale à la santé du plus grand nombre de ceux qui la subissent, et je soutiens qu'elle n'est pas fondée sur la nécessité des faits physiologiques. En bonne

règle, l'éducation de l'âme ne finit jamais ici-bas. Le temps y ajoute sans cesse. Apaisement des passions, expérience, solidité de la raison, élévation des sentiments, tels sont les fruits de l'âge quand le temps a été bien employé. L'âme, dans ses plus belles facultés, est donc indéfiniment perfectible et ne vieillit qu'en apparence. De soi, elle est toujours capable de poursuivre son mouvement ascendant; les cas où elle en est empêchée, où elle rétrograde, s'expliquent par le défaut de l'exercice qui lui convient, ou par la maladie qui altère l'intégrité des instruments dont elle a besoin.

II. Influence morbifique d'un excès d'action.

En dehors des considérations religieuses, sur ce point comme toujours en accord parfait avec la vérité médicale, l'activité de l'âme bien dirigée par l'hygiène morale est favorable aux intérêts du corps dans les circonstances ordinaires. Toutefois elle doit s'exercer avec mesure et ne pas dépasser un certain degré. La suraction psychique amène la suraction vitale, laquelle, quand elle se prolonge, est à son tour suivie d'une faiblesse locale ou générale. On dit alors justement que l'âme surmène le corps. La passion du travail intellectuel qui fait certains génies ardents et impétueux, la passion du bien moral qui fait la sainteté, sont difficilement compatibles avec une santé irréprochable, avec la longévité. Quand l'âme est puissante et le corps chétif, celui-ci s'use vite. Cette influence malfaisante pour l'organisme est démontrée par trop de faits pour qu'il soit permis de la nier. Elle est surtout fatale aux enfants. L'enfant prodige est presque toujours voué à la maladie et fournit rarement une longue carrière. Depuis la révolution sociale qui a donné à l'esprit le gouvernement des choses humaines, au préjudice de la force physique si longtemps souveraine, les tempéraments et les maladies ont changé de face. Les névroses, les accidents nerveux, qu'on n'observait que chez certaines classes, se sont multipliés et se généralisent de plus en plus.

III. Influence morbifique provenant d'un défaut d'accord entre les qualités prédominantes de l'âme et les aptitudes du corps.

La fin de l'âme n'est pas la même que celle du corps, et il y a entre eux des contrariétés possibles. La supériorité des intérêts moraux veut que lorsque ceux-ci sont sérieusement engagés, le

soin du corps soit momentanément suspendu, et qu'au besoin la mort soit bravée. Je signale, en passant, ce genre de sacrifice que le devoir impose dans des circonstances exceptionnelles. Je veux parler d'autres faits très-communs qui ressortissent à l'hygiène et que celle-ci condamne justement.

Il n'est pas rare de voir des personnes qui, pour satisfaire à des penchants psychiques natifs ou acquis, soumettent leur corps à un régime qui ne lui convient pas. Tel littérateur, tel artiste, dont le mode de santé exigerait la vie active du plein air, reste enfermé, et se livre avec ardeur aux travaux de l'esprit. Tel autre aurait besoin d'être sédentaire, et se condamne à un grand déploiement de force musculaire. Celui-ci, qui devrait être continent, contente sans mesure ses appétits vénériens. Celui-là, au contraire, à qui le mariage serait utile, s'impose la chasteté. L'enfant se pose en adolescent, en a les goûts et en adopte les mœurs. L'adolescent s'accorde tous les priviléges de l'adulte. Le vieillard conserve les habitudes contractées avant la décadence de ses organes. Combien d'exemples ne voyons-nous pas qui offrent une pareille discordance entre les actions de l'âme et les actions du corps? L'accommodation intelligente des deux ordres de besoins est le but à poursuivre. Peu de gens sont capables de l'atteindre, et la majorité n'y pense même pas. Il y a là pourtant des causes morbifiques nombreuses et puissantes.

Les provocations dont je viens de parler agissent lentement, et veulent être répétées pour amener leurs conséquences morbides. Supposons toutefois une émotion brusque et violente, ayant un profond retentissement dans le corps, et celui-ci pourra être ébranlé jusqu'à la maladie et même jusqu'à la mort. Tout le monde connaît des faits de mort subite succédant à une forte perturbation morale. Tantôt ce résultat s'explique par une altération d'organe (rupture du cœur, congestion cérébrale), tantôt l'autopsie cadavérique ne découvre rien.

Dans les deux cas se trouve un mystère, comme partout où il s'agit des rapports réciproques de l'âme et du corps, car il n'y a pas de réponse acceptable aux questions suivantes : Comment une force spirituelle peut-elle modifier un organisme? Comment un organisme peut-il modifier une force spirituelle?

J'ai dit les sources des provocations ; je vais maintenant en faire une étude d'ensemble.

ARTICLE III. — ÉTUDE D'ENSEMBLE SUR LES DIFFÉRENTES SORTES DE PROVOCATIONS.

Les provocations doivent être étudiées en elles-mêmes et dans les phénomènes morbides dont le corps vivant est le théâtre en conséquence de leur action.

L'histoire de chaque provocation exige la possession de la science qui s'occupe des faits de son ordre : physique, chimie, histoire naturelle zoologique, botanique, psychologie, physiologie.

Les lésions morbides des tissus et des liquides étant elles-mêmes des causes provocatrices d'autres lésions, leur connaissance est indispensable.

Les progrès accomplis en anatomie pathologique et dans les sciences que je viens de nommer, ont enrichi l'étiologie d'une foule d'acquisitions, et l'ont sur plusieurs points transformée. L'exemple le plus frappant est fourni par les parasites. Tout ce qui concerne ce genre de provocations était à découvrir ou à refaire.

L'utilité d'une histoire bien faite des stimulus provocateurs est évidente. Sans elle, la partie si importante des relations causales qui existent entre ces stimulus et les effets morbides reste imparfaite ou erronée, au préjudice de la thérapeutique.

Quand on a constaté un grand nombre de fois la présence des mêmes effets morbides à la suite de telle action provocatrice, et moyennant telles conditions, on affirme l'existence du lien étiologique, et l'on est autorisé à attribuer au stimulus le pouvoir de susciter les effets en question. Il s'agit ensuite d'appliquer cette notion aux cas particuliers offerts par la pratique. Le travail est facile quand la cause est énergique, et l'effet marqué d'un cachet spécial fortement prononcé. Hors de là, il présente des difficultés. Avant toute maladie, on a été exposé à plusieurs agents, dont chacun, dans des circonstances particulières, peut jouer le rôle de cause provocatrice. Quel est celui d'entre eux qui, dans un cas donné, a rempli ce rôle? Il n'est pas toujours aisé de répondre à cette question. Il se peut même que tous soient complètement étrangers à la formation de la maladie. Il faut se méfier de la tendance que nous avons à vouloir toujours trouver une cause provocatrice externe, et à attribuer une influence décisive aux choses qui ont précédé un événement quelconque. C'est l'écueil du *post hoc ergo*

propter hoc, si connu et qu'on évite si difficilement. Quel est le médecin qui n'a pas commis de pareilles fautes, soit de lui-même, soit parce qu'il a trop écouté le dire du malade et des assistants ?

C'est encore une erreur à laquelle beaucoup sont enclins, que de rapporter une maladie à une seule cause provocatrice. Cela n'est vrai que pour un nombre relativement restreint de maladies. Tel médecin ne voit dans le climat que l'action d'un stimulus, du froid, du chaud par exemple; tandis que le climat, chose complexe, embrasse une foule d'influences dont il doit tenir compte. L'autre, ayant à désigner la cause provocatrice du scorbut, nomme le froid humide, ou bien une mauvaise alimentation, ou bien des peines morales, et il oublie que, selon les circonstances, chacun de ces stimulus suffit séparément, ou bien qu'ils ont besoin d'être réunis.

Une cause a été vraiment provocatrice, mais on se trompe sur le genre d'action qu'elle a exercé. A la suite d'un excès de table, d'une émotion morale, un individu a une attaque d'épilepsie. Ne nous hâtons pas d'attribuer l'épilepsie à l'excès de table, à l'émotion morale; il se peut qu'en fouillant dans le passé, nous nous assurions que le sujet était déjà atteint de vertiges épileptiques. La maladie, quoique sous forme d'ébauche, était donc déjà établie, et les causes provocatrices en question lui ont seulement fait faire un pas de plus en déterminant l'arrivée des grandes attaques.

Les rapports étiologiques entre une provocation et la maladie sont *rationnels* ou *empiriques*. Ils sont rationnels lorsque la nature connue de l'agent sert à comprendre celle de la maladie, comme par exemple une nourriture trop abondante, trop succulente, à l'égard d'une affection inflammatoire. Les rapports empiriques sont inexplicables et affirmés seulement par l'expérience, d'après la loi que, lorsque deux faits se succèdent très-souvent l'un à l'autre, le premier en date peut être considéré comme contribuant à la formation du second, en tout ou en partie.

Il y a des provocations qui exigent une recherche minutieuse, parce que tout d'abord elles ne se présentent pas à l'observation. Un individu atteint d'une maladie par provocation morale, dissimule son état mental et rend fort embarrassante la découverte de la vraie cause provocatrice. Tel autre souffre de coliques : le médecin ne pense pas au plomb, parce que, dans le genre de vie du sujet, rien ne dirige l'attention de ce côté. On s'assure enfin que le

patient fait usage d'un vin sophistiqué par la litharge, et la cause provocatrice du mal est dévoilée. Combien de provocations cachées au sein de l'organisme, et qui sont d'un diagnostic très-difficile et même impossible pendant la vie! A cette occasion, je signale les provocations internes imaginaires. Telles sont celles que le règne d'un système médical met en crédit. Chaque époque a ses provocations favorites, qui sont mises plus tard au rebut et sont remplacées par d'autres, lesquelles subissent ensuite le même sort. Il faut une grande vertu médicale pour résister aux tentations qui viennent de tout côté quand les livres, les journaux, l'enseignement, prennent une couleur exclusivement humoriste, broussaisienne, iatro-physique, iatro-chimique, etc., etc.

Très-probablement, nous subissons des provocations qui se dérobent à nos investigations. On a beaucoup parlé d'émanations telluriques, d'influences cosmiques. L'observation ne nous ayant rien appris de précis sur ce point, ces influences, si elles existent, sont pour nous comme si elles n'étaient pas.

Je parlerai bientôt de stimulus dont nous ne voyons que l'enveloppe, et dont la réalité néanmoins est démontrée autant qu'une chose peut l'être.

Que faut-il entendre par provocations *positives, négatives?* Ces expressions, l'une étant la contre-partie de l'autre, s'appliquent seulement aux agents hygiéniques, par conséquent utiles, et qui nuisent par excès ou par défaut. Une provocation comparée à telle autre prend l'une de ces épithètes selon le point de vue où l'on s'est placé. Le froid est la négation du chaud. L'abstinence est la négation de l'alimentation. On pourrait dire aussi bien que le chaud est la négation du froid, que l'alimentation est la négation de l'abstinence. Dans la réalité, toutes les provocations hygiéniques deviennent morbifiques par privation de la qualité qui les rend bienfaisantes. Quelque parti qu'on prenne à cet égard, qu'on appelle positive ou négative telle espèce de provocation, cela importe peu. L'impression éprouvée par l'organisme vivant est toujours positive. Nous sentons aussi bien le froid que le chaud, le sec que l'humide. Les effets de l'abstinence sont aussi positifs que les effets d'une alimentation exagérée. Un cautère, un flux habituel sont supprimés; on enlève le vin à une personne qui y est habituée, etc.: toutes ces privations aboutissent à une modification très-réelle, surtout si la maladie en est la conséquence. Donc les mots positif,

négatif, acceptables tout au plus en ce qui concerne la provocation, n'ont plus de sens quand il s'agit du corps vivant. Si cette distinction a seulement pour but d'apprendre qu'en saignant on enlève du sang, qu'en refroidissant on enlève de la chaleur, elle est certainement superflue.

Les mots provocation *passagère*, provocation *persistante*, s'expliquent d'eux-mêmes. Je rappelle à cette occasion qu'il y a des provocations qui disparaissent après avoir amené leur effet, que d'autres continuent d'agir et persistent, par conséquent, comme sujet d'indication. Ainsi, il est de règle de soustraire le malade aux influences qui lui ont fait contracter sa fièvre d'accès, sa maladie scrofuleuse, son rhumatisme, etc., etc. Autre réflexion afférente également aux causes persistantes : Il ne faudrait pas croire que leurs effets sont toujours continus comme le stimulus. Plus d'une fois, ces effets disparaissent pour revenir. Cette intermittence serait inexplicable si l'on n'admettait pas des changements dans les modes de réception et de susception.

Un corps étranger enfoui dans nos tissus peut être toléré pendant un temps plus ou moins long, et puis il suscite une phlegmasie suppurante. L'abcès se vide, se cicatrise ; mais le corps étranger est retenu. Celui-ci est de nouveau toléré, et plus tard surviennent une nouvelle phlegmasie, un nouvel abcès. Le professeur Estor racontait l'observation d'un individu qui avait une balle implantée dans l'un des condyles du fémur. Trois ou quatre fois l'an il se déclarait dans le voisinage un phlegmon suivi de suppuration, qui suivait le cours ordinaire, et dans les intervalles tout rentrait dans l'ordre. Ces effets intermittents se répétèrent pendant vingt-cinq années, au bout desquelles survint celui qui devait aboutir, et la balle fut expulsée [1]. De pareils faits ne sont pas communs, je ne le nie pas ; mais d'autres qui sont analogues sont observés journellement : je veux parler des lésions organiques considérées comme causes provocatrices d'orages pathologiques. Pourquoi une lésion du cœur, de l'aorte, par exemple, amène-t-elle, dans les commencements surtout, des accès de suffocation séparés par des intervalles parfois longs? Le stimulus est toujours présent, mais il n'est pas senti de la même manière. Les conditions vitales changent certainement, et de là les variations de l'effet.

[1] Estor; *De l'application de l'analyse clinique à la patholgie chirurgicale*, tom. I, pag. 223.

Toute communication directe de l'âme avec le corps étant inconcevable, on ne peut soutenir que dans une maladie par cause morale le fait initial soit une impression limitée dans un lieu quelconque de ce corps. Il n'en est pas ainsi des provocations non psychiques; celles-ci impliquent préalablement un conflit matériel, un lieu, par conséquent, où l'impression première est sentie. A ce point de vue, leur action est locale.

D'un autre côté, si l'ensemble était étranger à ce qui se passe dans les parties impressionnées, ces parties ne seraient pas dans les conditions voulues pour la réalisation du moindre effet morbide. Or, puisque tout effet morbide exige la coopération, le secours de l'ensemble, l'action provocatrice est générale. A ce compte, toute provocation est à la fois locale et générale.

Ce n'est pas ainsi pourtant que ces expressions sont comprises. Il est vrai qu'à considérer ce fait causal dans sa généralité, les choses s'y passent de la façon que je viens de dire, aussi bien dans la vie hygide que dans la vie pathologique. Mais ce sont là des conditions primordiales, nécessaires partout, et que l'on peut sous-entendre sans inconvénient, parce qu'elles ne spécifient rien.

Les mots *local* et *général* sont employés par l'usage, pour différencier des choses particulières dont la distinction est utile.

Un fait est dit *local* lorsque certaines parties seulement sont modifiées, le reste du corps étant impassible, ne témoignant par aucun phénomène qu'il ait changé d'état.

Un fait est dit *général* lorsque les phénoménes expriment une modification de l'ensemble.

Ainsi, la provocation qui suscite une modification morbide limitée dans une ou dans quelques parties est une provocation locale. La provocation est générale si elle suscite une modification morbide de l'ensemble.

Il est bien entendu que la maladie locale n'est possible que tout autant qu'elle est en communion avec l'ensemble et que la maladie générale a été précédée par une impression locale, laquelle s'est répétée successivement dans les autres parties.

Les provocations ont été considérées selon qu'elles agissent sur un seul ou sur plusieurs individus. Dans le premier cas, elles donnent lieu à une maladie *sporadique;* dans le second, la même provocation atteint en même temps des collections d'individus et amène les maladies *populaires*.

Les agents qui ont concouru à la formation d'une maladie n'exercent pas toujours une égale influence. Il importe de découvrir celui qui est prédominant et dont les autres sont des auxiliaires. De là, des provocations *principales* et des provocations *accessoires*. N'oublions pas que, les circonstances changeant, l'accessoire peut devenir le principal.

L'état de maladie est une condition favorable à l'action d'un stimulus qui était auparavant impuissant. Il en résulte des provocations nouvelles dont il faut tenir compte. Un sujet malade à la suite d'une cause traumatique, présente consécutivement une fièvre rémittente. Cette fièvre annonce un autre état morbide souvent dû à une provocation marématique. On comprend l'utilité de la connaissance de tous les stimulus externes ou internes auxquels un sujet est exposé, non-seulement au moment où il a contracté son mal, mais encore dans les temps qui suivent. L'appréciation de ces stimulus et des aptitudes nouvelles apportées par la maladie est, on le conçoit, d'un grand secours pour expliquer les péripéties possibles et pour saisir les indications.

Certaines qualités des provocations méritent, par leur importance, d'être examinées à part. Je place en première ligne celle qui, dans l'opinion commune, les distingue les unes des autres. C'est une spécialité d'action.

§ I. Provocations spéciales.

La même provocation peut susciter des effets morbides différents. Il en est un cependant qui a attiré l'attention, probablement parce qu'il se présente le plus souvent. On le considère comme le plus naturel, comme celui pour lequel le stimulus est approprié. Cette appropriation constitue ce qu'on appelle *spécialité*.

Plusieurs stimulus se ressemblent sous ce rapport, et on pourrait les grouper ensemble de la même façon qu'on fait pour classer les agents de la pharmacologie. On aurait alors des provocations donnant lieu à des maladies sthéniques, asthéniques, catarrhales, rhumatismales, etc., etc.; en sorte que la constatation d'une espèce morbide suggère la pensée qu'elle a été provoquée par un ou plusieurs agents de telle série. Les probabilités sont nombreuses et vont même jusqu'à la certitude lorsqu'il s'agit de certains agents. Évidemment ce sont là les plus

énergiques, et la spécialité croît d'une manière proportionnelle avec la puissance de l'agent.

Sauf l'exception dont je parlerai bientôt, les provocations doivent leur énergie à leur quantité. On a plus de chances d'obtenir l'effet spécial d'un médicament, quand on en augmente la dose ou quand on en répète assidûment la prescription ; il en est de même des provocations morbifiques : la chaleur, le froid par exemple, intenses et prolongés, ont un pouvoir plus efficace pour susciter des maladies de même nature. En perdant de leur force et de leur durée, la chaleur et le froid, ou n'amènent rien, ou bien provoquent des maladies différentes selon les individus. La nature de ces maladies est alors commandée par celle de la prédisposition du sujet. L'ébranlement causé par le froid, par la chaleur médiocres, a suffi, en raison de certaines conditions favorables, pour faire sortir l'organisme de l'état hygide, mais non pour déterminer la nature de la maladie. Celle-ci varie selon le mode actuel de réception et de susception. Il y a donc des provocations dont les résultats sont incertains, et de la présence desquelles on ne peut conclure à celle du stimulus qu'avec beaucoup de réserve.

Avant d'incriminer un de ces stimulus, il faut savoir en quelle quantité il a agi. La quantité a-t-elle été faible, on se demande, avant de l'écarter, s'il n'a pas trouvé dans le corps vivant une prédisposition favorable. Les stimulus de ce genre sont les moins spéciaux, car l'effet morbide provoqué par eux diffère selon la prédisposition. C'est ainsi qu'à la suite du froid, d'une émotion morale, d'une indigestion, etc., on peut observer un grand nombre de maladies diverses. A raison de cette multiplicité possible des conséquences, ces causes provocatrices pourraient être appelées *communes*, comparativement à celles qui sont assez énergiques pour se passer de prédisposition et s'imposer tout à fait.

Ces dernières méritent plutôt l'épithète de *spéciales*, et la mériteront d'autant mieux qu'elles sont en quantité voulue. A chaque quantité correspond un effet spécial propre. Le froid, par exemple, selon son degré, tonifie, excite, affaiblit, mortifie. Ceci établit un nouveau point de contact entre les agents morbifiques et les médicaments.

Les causes traumatiques, les agents qui blessent la sensibilité par leurs propriétés mécaniques, suscitent constamment des scènes morbides qui sont en rapport avec le genre de la lésion.

Il en est de même des poisons, des venins. Ces substances, quoique très-actives sous un petit volume, sont soumises à la loi de la quantité. Leur énergie croît ou décroît selon la proportion de la dose qui pénètre au sein de nos parties.

Le grand nombre et l'uniformité de nature des maladies des climats, des saisons, des maladies endémiques, indiquent une cause puissante agissant sur les populations, et par conséquent spéciale.

Les provocations morbifiques ont une action élective sur certains organes. Ainsi, une constitution estivale atteint plutôt l'appareil digestif. Ce sont surtout les appareils vasculaire, respiratoire, qui répondent à l'attaque d'une constitution hivernale. L'étude des maladies populaires prouve que tantôt le stimulus externe se fait sentir aux organes céphaliques, tantôt à ceux de la poitrine, tantôt à ceux du bas-ventre. L'analogue se retrouve en pharmacologie. Ces ressemblances, ainsi qu'on a pu le remarquer, sont nombreuses. Il n'y a pas là de quoi s'étonner, car de part et d'autre ce sont des agents provocateurs de scènes extra-hygides, et en cette qualité ils peuvent, selon l'opportunité, contribuer à la formation comme à la guérison des maladies.

Quand la provocation spéciale atteint le plus haut degré de spécialité, on dit qu'elle est *spécifique*.

§ II. **Provocations spécifiques.**

J'ai cru devoir mettre à part certaines maladies avec l'épithète *spécifiques*. Des motifs de même ordre me décident à en faire autant pour certaines provocations.

Je viens de dire que ces provocations sont, de toutes, les plus spéciales. La similitude des maladies qu'elles suscitent est frappante. C'est la syphilis, c'est la variole, c'est la grippe, c'est le choléra épidémique. Les cas de chacune de ces maladies semblent coulés dans le même moule. La ressemblance va jusqu'à l'identité invariable. La provocation qui fait naître la syphilis, possède cette unique vertu morbifique. Sous son influence, on contracte la syphilis, et rien que la syphilis ; le stimulus syphilitique a une nature tellement accentuée et personnelle qu'on ne peut le comparer à aucun autre. Impossible de lui trouver des analogues ; il est à lui seul l'équivalent d'un groupe distinct, il est encore plus

spécial que le mercure. Celui-ci, en dehors de sa propriété anti-syphilitique, agit sur nous de diverses manières. L'autre n'a qu'une propriété, c'est celle de provoquer la vérole. Ce caractère appartient à toutes les provocations spécifiques.

Les autres provocations ont des conséquences morbides en rapport avec leur quantité. Ici, cela n'est pas. Une petite dose est aussi efficace qu'une plus grande. Un peu de virus variolique suscite une variole aussi complète que si on en avait inoculé beaucoup.

La provocation spécifique n'a besoin d'aucune prédisposition. Quand elle est convenablement sentie, elle est comparable, pour la certitude de l'effet, aux actions physico-chimiques, aux poisons, aux venins. Elle en diffère par les caractères déjà énoncés et par ceux qui vont suivre.

Ce ne sont pas des réactions, des subactions qu'elle suscite ; c'est une affection, à savoir : une maladie formée en vertu d'une incubation. L'affection provoquée est spécifique, c'est-à-dire d'une nature entièrement incompréhensible. Cette nature ne serait pas incompréhensible, si nous savions comment agit le stimulus qui a le privilége de la provoquer. S'il était prouvé que la syphilis, la variole, naissent et sont entretenues sous l'influence d'une cause matérielle hostile toujours présente, leur théorie serait faite, et il faudrait les placer dans la classe des empoisonnements ; elles seraient, comme ces derniers, des réactions spéciales. Mais étant accordé que la syphilis, la variole, sont des maladies spécifiques, la conséquence logique est que leur cause provocatrice est mystérieuse comme elles.

Le mystère est tel qu'il est douteux que nous connaissions un seul stimulus spécifique. Peut-être ces stimulus tombent-ils sous nos sens ; mais en ce cas notre regard ne peut les isoler de ce qui n'est pas eux, et nous mettre à même d'en donner le signalement. On ne se lasse pas de les chercher, et on n'a pu encore les rencontrer.

En temps de grippe, de choléra, physiciens, chimistes, médecins, interrogent l'atmosphère, l'analysent minutieusement, pour y découvrir l'élément nouveau qui le rend si funeste aux populations. Cet élément s'y trouve certainement, n'est point une chimère : une chimère n'aurait pas de si graves conséquences, — et pourtant il se dérobe à nos investigations obstinées. Il est donc

vrai pour le choléra, pour la grippe, que leur agent provocateur, pourtant si énergique, est inconnu.

Nous manions le pus, le mucus virulents, la salive virulente ; nous les conservons, nous les inoculons à notre gré, mais nous ne voyons que le récipient de la matière essentiellement active. Ce pus, ce mucus, cette salive, si différents au point de vue de l'action qu'ils exercent sur nous, nous apparaissent exactement comme les autres. La science moderne, en dépit de la perfection de ses moyens investigateurs et des nombreux secrets qu'elle a pénétrés, est donc obligée d'admettre encore des causes occultes. Sur ce point, comme sur tant d'autres, il y a un vide que l'imagination ne doit pas remplir. Ceux qui, impatients de l'empirisme, ont inventé des hypothèses et les ont fait entrer dans leur pratique, ont sacrifié le bien des malades à la satisfaction de leur amour-propre. Le pire de tout est la fausse science ; s'en débarrasser est un progrès.

Résumons maintenant les caractères de la provocation spécifique : 1° elle est très-puissante, car elle surmonte la résistance des organismes les plus sains; 2° il suffit qu'elle s'exerce, pour que l'impulsion efficace soit donnée, la quantité n'y fait rien ; 3° elle suscite une seule espèce morbide, qui est une affection spécifique; 4° elle est en elle-même inconnue, nous n'en voyons que l'enveloppe, le réceptacle ; par conséquent, le mécanisme de son activité est un mystère.

Le lecteur approuvera sans doute le parti que j'ai pris de mettre à part une spécialisation pareille. Les agents contagieux, ceux qui suscitent les vraies épidémies grandes ou petites, satisfont au signalement que je viens de donner. Nous nous en assurerons quand le moment de les étudier sera venu.

Avant de quitter le sujet actuel, je dois avertir que l'existence d'une maladie spécifique n'implique pas nécessairement celle d'une provocation de même nom. On n'en connaît point qui corresponde aux affections goutteuse, scrofuleuse, etc. Sans doute, des influences externes réelles facilitent l'établissement de ces maladies, mais aucune d'elles n'agit à la façon des spécifiques. Une prédisposition native remplit le plus grand rôle dans la production de l'effet. Il en est autrement pour la syphilis, la rage, la variole, la morve, etc.

Tout le monde sait que nous n'avons pas de remède spécifique

pour toutes les maladies spécifiques, et que plusieurs de ces maladies guérissent très-bien sans cela. Il est seulement vrai de dire que la provocation spécifique, quand elle agit, entraîne après elle une affection spécifique.

ARTICLE IV. — PROVOCATIONS CONSIDÉRÉES SELON LE TEMPS NÉCESSAIRE AU DÉVELOPPEMENT DE LEUR ACTION MORBIFIQUE.

A ce point de vue, il y a deux modes de provocation. Dans l'un, le travail morbide suscité commence bientôt après l'application du stimulus. Dans l'autre, un temps plus ou moins long s'écoule avant que l'organisme sorte décidément de l'état hygide. Ce double fait est constaté par l'ancienne distinction des causes en *déterminantes* et en *prédisposantes*.

§ I. Causes déterminantes.

La provocation déterminante est celle qui, trouvant l'organisme en mesure et obéissant, donne l'impulsion efficace et est suivie de l'effet morbide dans un bref délai.

Le corps vivant subit nécessairement l'action matérielle d'une cause traumatique suffisamment puissante. Sauf de très-rares exceptions qu'explique l'abaissement de la sensibilité dans la partie blessée, cette partie est toujours apte à réaliser les scènes morbides qui sont la conséquence des lésions de ce genre. Les réactions, les subactions traumatiques, apparaissent bientôt après l'application de leur cause ; celle-ci est donc déterminante.

L'organisme le plus irréprochable, autant qu'on en peut juger, est pareillement disposé, sauf les immunités natives ou acquises dont j'ai parlé plus haut, à sentir l'action des stimulus énergiques qui s'attaquent à la vie (venins, poisons). L'effet ne se fait pas attendre, et ces stimulus sont encore sans conteste des causes déterminantes.

Il en est ainsi des provocations spécifiques. Prétendre qu'il y a un intervalle long et quelquefois très-long entre l'application du stimulus et l'invasion des phénomènes, ne serait pas une objection fondée, car le fait morbide commence incontestablement avec l'incubation, et incontestablement aussi celle-ci suit de près le moment où la cause provocatrice a été sentie. Cette cause est donc déterminante au même titre que celles dont je viens de parler.

On note d'autres actions déterminantes dont le procédé est différent. Ce sont celles qui sont faibles par elles-mêmes, mais qui, rencontrant un organisme prédisposé, suffisent, malgré leur peu d'énergie, pour le faire passer promptement à l'état de maladie. Le principal de l'effet vient de la prédisposition et en porte le cachet. Plus la prédisposition est avancée, et moins il faut pour la changer en maladie. Il y a donc des degrés nombreux; le plus bas est celui où la cause déterminante ne fait que précipiter de quelques instants l'explosion d'une maladie imminente, virtuellement formée, et n'attendant qu'une occasion pour se manifester. Tous les pathologistes distinguent ces causes déterminantes de celles de la première série; mais tous n'acceptent pas l'épithète *occasionnelle* qui sert à les désigner. Pour mon compte, je crois utile d'avoir un mot pour cela, et le mot *occasionnelle* me semble convenable.

Il est toujours important en pratique de savoir pour quelle part une provocation est entrée dans l'étiologie d'une maladie. Quand la provocation est positivement faible et la prédisposition forte, le doute n'est pas possible et l'on affirme alors que l'action du stimulus n'a été qu'occasionnelle. Mais lorsqu'on ne peut rien affirmer touchant l'énergie d'une cause, et qu'en même temps les signes de la prédisposition font défaut, le jugement est difficile. Il faut attendre l'événement et les effets thérapeutiques avant de se former une opinion. Soit un enfant qui a des attaques d'épilepsie pendant le cours d'une maladie vermineuse. Il s'agit de savoir les rapports étiologiques existant entre les vers et l'épilepsie. Cela ne se peut *à priori*, mais sera possible ultérieurement, quand on aura détruit le foyer vermineux. Si l'épilepsie s'est dissipée, on affirme que les vers étaient cause déterminante d'une réaction épileptiforme; si au contraire l'épilepsie persiste, on dira que les vers n'ont été que la provocation occasionnelle d'une affection épileptique à laquelle le sujet était prédisposé. Remarquons que l'impossibilité où nous sommes de nous expliquer dès le principe, n'est pas préjudiciable au sujet; car dès l'instant qu'une provocation est jugée hostile, quel que soit le lien causal qui la rattache à la maladie, l'indication est de la faire cesser.

Beaucoup de maladies, même de celles qui sont précédées d'une prédisposition, ne se réaliseraient pas si le sujet ne s'exposait pas aux provocations. Il y a, sous ce rapport, beaucoup à corriger dans l'hygiène publique et dans l'hygiène privée. En appliquant con-

venablement ces deux hygiènes telles qu'elles sont connues aujourd'hui, on obtiendrait de beaux résultats. Ce n'est donc pas l'imperfection de l'étiologie qu'il faut accuser; c'est l'ignorance, c'est l'insouciance, ce sont nos passions qui nous empêchent de profiter de nos acquisitions en ce genre. Si gouvernants et gouvernés se réunissaient pour combattre d'un commun effort les ennemis visibles ou invisibles qui nous entourent, les bienfaits de l'étiologie seraient manifestes à tous les yeux. Je ne méconnais pas la valeur de ce qui s'est fait. Nous marchons certes vers le progrès ; mais pour nous médecins, qui nous préoccupons essentiellement de santé, de longévité, nous avons le droit de dire que ce progrès marche bien lentement, et de blâmer ceux qui pourraient le hâter et ne font pas le nécessaire.

Il est positif que l'importance d'une provocation grandit avec son énergie. Toutefois ne dédaignons pas les provocations occasionnelles. Pour si petite qu'elle soit, l'action d'une de ces provocations peut fournir un appoint indispensable, sans lequel il n'y aurait pas eu maladie. De même qu'il faut soigneusement s'abstenir de pousser dans le sens de la chute l'homme dont la marche est vacillante, ainsi on doit abriter contre toute provocation hostile celui qui est à l'état de prédisposition morbide. Ce qui serait ailleurs superflu devient ici nécessaire. Traitons avec un soin tout particulier le catarrhe pulmonaire d'un individu disposé à la phthisie; veillons minutieusement à l'alimentation, au genre de vie du sujet prédisposé à la goutte. En temps d'épidémie, l'équilibre hygide est instable, et le médecin doit faire ce qu'il peut pour empêcher toute action capable d'entraîner cet équilibre du côté par où il penche. J'ai donc raison de recommander la recherche des provocations occasionnelles. Faute de mieux, les prescriptions qu'elles suggèrent sont la seule ressource qui nous reste pour beaucoup de prophylaxies.

Évitons surtout les provocations occasionnelles qui agissent dans le sens de la maladie. Toutes n'ont pas également cette direction. Les unes sont efficaces parce que, la maladie existant déjà en puissance, il suffit d'une perturbation quelconque pour la faire passer en acte. Ces provocations occasionnelles pourraient être appelées communes, parce qu'on les rencontre presque indifféremment avant l'invasion de beaucoup de maladies. C'est pourquoi aux articles *Étiologie* des ouvrages de pathologie, on voit si sou-

vent reparaître les mêmes provocations, pourtant bien diverses : froid, indigestion, suppression d'une hémorrhagie habituelle, émotion morale, etc. Les auteurs ont raison, en ce sens qu'effectivement la même maladie s'établit sous l'influence de stimulus différents, lorsqu'elle est dans un état de disponibilité tel qu'il suffit, pour en hâter l'explosion, d'une perturbation, quelle qu'elle soit. Il est évident pourtant qu'à perturbation égale, celle qui sera appropriée à la nature de la maladie sera plus efficace, plus dangereuse. Il y a donc des provocations occasionnelles qui sont spéciales et qui méritent particulièrement l'attention ; telles sont, par exemple : l'indigestion par rapport aux maladies bilioso-gastriques, au choléra; l'émotion morale pour les névroses ; l'hémorrhagie habituelle supprimée pour les maladies fluxionnaires, etc.

§ II. Causes prédisposantes.

On appelle *prédisposants* les stimulus qui, faibles par eux-mêmes ou qui atténués, sont incapables de provoquer un effet morbide à bref délai; dont l'action totale se compose, par conséquent, d'une série de petites actions ne devenant efficaces qu'à la longue et par leur répétition. D'après cela il est facile de comprendre que, sauf les provocations (traumatiques, spécifiques) qui par elles-mêmes sont toujours suffisantes pour susciter leur effet morbide, toutes celles que j'ai mentionnées comme déterminantes peuvent agir avec lenteur et devenir alors prédisposantes. Pareillement, la dernière action prédisposante, celle qui comble la mesure et cesse d'être tolérable, décide promptement l'effet morbide et se comporte à la façon des déterminantes. Ainsi, dans une série de provocations spéciales aboutissant à la maladie, la dernière est déterminante, les autres ont été prédisposantes.

La prédisposition n'est pas toujours, il s'en faut, exclusivement l'effet de la cause provocatrice prédisposante. La prédisposition a des sources intérieures, apportées en naissant, dont je parlerai bientôt. Les provocations prédisposantes favorisent le développement des prédispositions natives et donnent lieu aux prédispositions acquises.

Longtemps le système vivant paraît lutter avec avantage contre l'action hostile du stimulus. Il cède pourtant un peu chaque fois, mais si peu que rien ne paraît changé, car le fonctionnement hygide

se maintient le même qu'auparavant. Insensiblement pourtant surgissent des phénomènes, non encore décidément pathologiques, mais qui indiquent un commencement de déviation. C'est la prédisposition, dont je ferai prochainement l'étude. Enfin, si la déviation continue dans le même sens, c'est la maladie survenant après une impulsion dominante nouvelle, ou bien par suite de la persistance de la même action prédisposante.

Il est fâcheux sans doute qu'on puisse s'exposer à un stimulus hostile avec une apparente impunité, sans avoir conscience du mal qui se produit. S'il en était autrement, si l'influence funeste pouvait être appréciée, ce serait un avertissement salutaire dont les sages profiteraient. D'un autre côté pourtant, si la sensibilité vitale était éveillée au point d'être blessée par les plus petites provocations, la vie serait incessamment troublée. Quels que soient, du reste, les vœux que l'on pourrait former à cet égard, quelle que soit la valeur des critiques opposées à l'œuvre de Celui qui nous a créés tels que nous sommes, il est positif qu'un grand nombre d'attaques dont nous sommes le but, ne sont pas aperçues. Il appartient au médecin d'étudier de son mieux ces périls cachés, afin d'en découvrir les causes et de les signaler.

Lorsque les stimulus prédisposants rencontrent des sujets doués d'une résistance suffisante, ils sont neutralisés par l'assuétude et perdent leur influence malfaisante. Cette résistance s'explique quelquefois par des qualités appréciables de tempérament, de constitution. Mais on ignore souvent pourquoi tel sujet est sorti vainqueur de l'épreuve, pourquoi tel autre a fini par succomber.

Il suffit de dire que les stimulus prédisposants trouvent des conditions favorables chez les sujets qui sont vulnérables précisément du côté de l'attaque. L'âge, le genre de tempérament, donnent ou enlèvent le pouvoir de résister, retardent ou hâtent le moment de la défaite. Il est encore manifeste qu'une provocation prédisposante agissant dans le sens d'une prédisposition existant déjà, donne des ailes à cette prédisposition.

Les stimulus prédisposants agissent d'une manière continue ou à intervalles rapprochés. Pour que leurs effets réalisent une somme toujours croissante, le précédent doit durer encore au moment de l'arrivée de celui qui lui succède.

Ces effets étant un des facteurs de la prédisposition, leur étude sera continuée et complétée dans le chapitre suivant.

SECTION DEUXIÈME

CONDITIONS INTERNES QUI FAVORISENT L'ACTION DE LA CAUSE.

CHAPITRE PREMIER.

SUSCEPTIBILITÉ MORBIDE, PRÉDISPOSITIONS, HÉRÉDITÉ.

ARTICLE PREMIER. — SUSCEPTIBILITÉ MORBIDE, PRÉDISPOSITIONS.

La maladie, étant une modalité de notre manière d'exister, exige les conditions internes nécessaires à la réalisation d'un fait vital quelconque. Ces conditions qui sont partout, en physiologie hygide comme en physiologie pathologique, ne doivent pas nous occuper ici.

J'indique, en passant, les qualités d'âge, de tempérament, de sexe qui favorisent l'établissement de telles maladies, de telles formes morbides. L'âge, le sexe, le tempérament, ne sont vraiment des conditions morbifiques que lorsque leurs qualités sont exagérées, et c'est seulement à ce titre que j'aurai à m'en occuper plus tard.

J'ai à peine besoin de mentionner certaines circonstances mécaniques qui contribuent à la formation d'une maladie chirurgicale : telle est, par exemple, une situation donnée du corps qui fait qu'au moment d'une chute il se produit une luxation et non une fracture, une fracture et non une luxation, etc., etc.

Des conditions pareilles n'ont par elles-mêmes rien de morbifique. Tout le monde comprend leur mode d'action, sans qu'il soit nécessaire d'insister.

Je rappelle enfin l'*aptitude* à la maladie qui, quelque irréprochable que soit notre santé, nous rend tributaires des provocations énergiques (traumatisme, poison, etc). Cette aptitude, qui appartient à la norme hygide, diffère, à mon sens, de celle qu'il convient d'appeler prédisposition.

La *prédisposition* est un état mixte hygido-morbide qui, en nous inclinant vers la maladie, nous rend plus accessibles à l'influence des provocations occasionnelles. De plus, la prédisposition peut, sans provocation spéciale appréciable, exister, grandir et aboutir à la maladie. J'ai dit plus haut [1] les motifs pour lesquels je n'acceptais pas l'identification de la prédisposition et de la diathèse. Dans la prédisposition, il y a commencement de déviation, mais ce n'est pas encore la maladie. La prédisposition qui, dans la diathèse, mène à la répétition d'actes morbides congénères, vient d'une qualité particulière à certains états pathologiques décidément établis, en pleine évolution. Elle doit être distinguée de celle qui est antérieure à la maladie, et qui seule va m'occuper.

Les origines de la prédisposition ne sont pas toujours les mêmes. Il y a des prédispositions apportées en naissant; il y en a qui sont acquises sous l'influence des causes dites prédisposantes.

La prédisposition succède à l'action de la cause prédisposante, mais celle-ci n'est qu'incitatrice. La prédisposition est un fait vital dont l'organisme est le véritable et exclusif auteur.

La cause prédisposante peut être extérieure; elle vient alors du milieu, du genre de vie. Elle peut être aussi la conséquence d'une maladie guérie, mais qui a laissé après elle une imperfection qui va grandissant. Certaines maladies, érysipèle, catarrhe, etc., disposent le sujet qui les a subies aux mêmes maladies, contraste remarquable avec celles qui ne récidivent que très-rarement. D'autres inclinent le sujet vers des maladies différentes: c'est ainsi que la rougeole laisse parfois après elle une disposition à la phthisie tuberculeuse, la scarlatine une disposition à l'hydropisie, etc.

Il y a des prédispositions dont le terme est une maladie spéciale: goutte, rhumatisme, tubercules, etc.; d'autres, à tendance moins arrêtée, augmentent la vulnérabilité du corps (sensibilité excessive, défaut d'énergie vitale) et le rendent enclin à diverses maladies. Il faut donc admettre des prédispositions *monopathiques* et des prédispositions *polypathiques*, entre lesquelles se trouvent un grand nombre d'intermédiaires.

Les mots local, général, étant compris comme je l'ai dit plus haut, on doit admettre des prédispositions *locales*, des prédispositions

[1] Voir *Diathèse*.

générales. La prédisposition locale est limitée dans une partie et aboutit à une maladie locale aussi, au moins primitivement. Distinguons la vraie prédisposition locale, chose dynamique, des conditions anatomiques qui facilitent l'accomplissement d'actes mécaniques qui sont suivis de maladie, mais ne sont pas la maladie. Ainsi, la raréfaction du tissu osseux chez les vieillards est une condition favorable aux fractures; la laxité des ligaments d'une articulation rend la luxation aisée; le ramollissement, l'amincissement d'un muscle, en préparent la rupture. N'appelons pas cela prédisposition; car autant vaudrait dire que par sa fragilité le verre est prédisposé à la cassure. En tout cas, il n'est pas permis de confondre une prédisposition de ce genre avec celle qui fait le sujet de ce chapitre.

La prédisposition d'une partie implique une situation organico-vitale qui laisse à désirer pour le fonctionnement présent ou pour l'avenir. C'est ce qu'on appelle *infirmité d'organe*. Tous nos organes ne sont pas également bien partagés en vigueur, en stabilité vitales. Chacun de nous a sa partie infirme. Cette infirmité peut ne pas être aperçue pendant la période brillante de la vie, mais elle apparaît avec l'âge. L'organe qui vieillit le plus tôt est l'organe infirme. Souvent il vieillit avant le temps, soit parce qu'il a été surmené, soit parce que quelque chose lui a manqué au moment de sa formation ou dans son développement.

L'organe est infirme parce que ses conditions anatomiques (forme, structure) ont toujours été ou sont devenues imparfaites.

L'organe infirme est anatomiquement irréprochable, autant que nous pouvons y voir, et cependant il n'a pas la plénitude de sa fonction, soit par excès d'énergie, soit par défaut, soit par déviation. Ainsi, l'infirmité d'un organe est diagnosticable par un vice anatomique, par une imperfection de sa fonction.

Fréquemment rien de cela ne se trouve ; l'organe est bien conformé, il fonctionne bien; et cependant il est infirme, car il sera plus tôt ou plus tard cancéreux, tuberculeux, etc. Nous verrons que cette infirmité latente peut être soupçonnée bien avant l'arrivée de la maladie. Dans des cas nombreux, elle est expérimentalement constatée; rien auparavant ne révélait sa présence. On ne saurait dire, dans l'état présent de la science, pourquoi tels sujets ont les yeux tellement impressionnables que la plus petite opération y provoque des fluxions, des phlegmasies immodérées; pourquoi tels

autres sont pris d'amygdalite au moindre froid; pourquoi la peau de celui-ci devient érythémateuse et suppure au contact d'un stimulus dont l'action est médiocre, etc. Il y a pourtant une raison de tout cela, qu'il faut chercher à découvrir par une étude attentive. La valeur pratique de cette connaissance est évidente.

Un organe irréprochable au point de vue anatomique et dynamique ne l'est plus, peut ne plus l'être, quand il a été le siége d'une maladie. Celle-ci alors a laissé un reliquat, une imperfection trop peu prononcés pour empêcher la reprise de la fonction; mais le vice caché grandit progressivement, et il arrive un moment où l'infirmité de l'organe devient manifeste. Telle est l'origine des lésions organiques du cœur qui succèdent au rhumatisme de cet organe, des phthisies consécutives à une pneumonie, etc., etc. Une partie atteinte de fluxion, de phlegmasie chroniques, est par cela seul dans des conditions favorables à plusieurs autres altérations: hypertrophie, atrophie, dégénérescence, formation de tissus nouveaux, etc.

L'infirmité d'organe n'est pas la faiblesse, dans le sens ordinaire de ce dernier mot. L'excès d'action est une infirmité aussi bien que le défaut d'action. Infirmité et vulnérabilité seraient plutôt synonymes. Les parties qui manquent de stabilité, d'énergie, qui n'apportent qu'une faible résistance à l'action hostile des causes provocatrices, sont celles qu'il convient d'appeler infirmes, quelle que soit la maladie qui se forme.

Tout ce que je viens de dire de la prédisposition locale doit se répéter en ce qui concerne la prédisposition générale, le corps entier étant considéré comme un seul organe, imparfait au point de vue anatomique, au point de vue du fonctionnement, ou bien cachant une infirmité secrète qu'un jour l'événement révélera.

La prédisposition locale et la prédisposition générale sont le plus souvent de même nature et vont ensemble, l'une appelant l'autre. L'isthme du gosier, les bronches, le corps entier, sont également infirmes chez les individus prédisposés au catarrhe; le poumon et le corps entier le sont également chez les prédisposés à la phthisie tuberculeuse. Si l'infirmité de l'organe est *polypathique*, la nature de la maladie que cet organe contracte est commandée par celle de l'affection de l'ensemble. Ainsi, une affection populaire se localise plutôt sur l'organe infirme que sur un autre; une articulation restée infirme à la suite d'une entorse, deviendra le théâtre

d'une tumeur blanche si le sujet est scrofuleux, tuberculeux. On ne saurait trop recommander l'étude des infirmités locales et générales et de leurs rapports réciproques.

Ce que j'ai dit de l'action des causes prédisposantes suffit, sans attendre l'article *hérédité*, pour démontrer l'existence des prédispositions individuelles, de famille, de localité, de nation. Ces prédispositions sont parfois inexplicables par le milieu, par l'hérédité, absolument comme certaines immunités que j'ai admises lorsque j'ai traité plus haut de ces dernières.

Les prédispositions n'aboutissent pas toujours à la maladie. Elles peuvent s'effacer complètement par un traitement approprié, ou bien d'elles-mêmes, lorsque les causes qui les ont provoquées sont remplacées par d'autres qui sont contraires. C'est ainsi que la prédisposition suscitée par une saison disparaît sous l'influence de la saison suivante et qu'elle est remplacée par la prédisposition correspondant à la nouvelle saison; ainsi de suite pendant le cours de l'année. La même série recommence l'année d'après. Aussi, quand la prédisposition n'est pas très-avancée, suffit-il, pour en être débarrassé, de se soustraire à sa cause provocatrice. Abandonner à temps une profession, un régime de vie insalubres, est une mesure de prophylaxie féconde en bons résultats et trop rarement employée.

On observe dans le corps vivant des révolutions d'origine interne, moyennant lesquelles certaines prédispositions rétrogradent et prennent fin. Telles sont, par exemple, les prédispositions suscitées par les qualités excessives d'une période normale de la vie. Les prédispositions de l'enfant cèdent fréquemment quand viennent les influences de l'âge pubère, comme celles de l'adolescence cèdent devant les influences de la vie adulte, etc.

Les prédispositions aux maladies aiguës sont généralement mobiles et facilement curables. Les prédispositions aux maladies chroniques le sont beaucoup moins, parce qu'elles tiennent à un changement plus pénétrant, plus profond. Sur ce fond si tenace, si difficile à transformer qu'on appelle tempérament, constitution, apparaissent et disparaissent certaines qualités, qui sont transitoires comme les provocations externes auxquelles elles correspondent. Les maladies aiguës viennent plutôt de l'excès de ces qualités passagères ; les maladies chroniques se rattachent à l'excès des qualités présentées par le tempérament, par la constitution. J'in-

dique ces points, qui seront amplement étudiés à un moment plus opportun.

Les prédispositions qui tiennent à une altération du tempérament, de la constitution, marchent lentement, mais d'un pas sûr; il en est dont l'évolution ne peut être arrêtée en dépit des efforts du traitement.

La durée, l'habitude, donnent de la force à la prédisposition. On a donc plus de chances de la trouver moins rebelle dans le jeune âge; et comme chez les enfants on parvient avec bien moins de difficultés à modifier artificiellement le tempérament, la constitution, cette époque de la vie réunit les circonstances les plus favorables.

La lenteur et la rapidité de la marche des prédispositions varient beaucoup. Assez fréquemment cette marche s'interrompt pour reprendre plus tard, ou bien elle reste indéfiniment stationnaire. Le sujet peut vivre longtemps sans que la prédisposition devienne maladie. Cet heureux résultat peut être obtenu sans que la santé en souffre. D'autres fois on observe certaines servitudes, grâce auxquelles l'effet morbide est prévenu. C'est une sueur exagérée des pieds; ce sont : une hémorrhagie, la migraine, un flux muqueux, purulent, une éruption cutanée, etc., qui, se comportant comme des soupapes de sûreté, donnent issue, si je peux ainsi parler, au trop plein de la prédisposition et la maintiennent dans l'état de modération qui l'empêche de se transformer en sa maladie correspondante.

La vieillesse amène de profonds changements dans l'organisme et anéantit, pour l'ordinaire, les prédispositions qui n'ont pas abouti au moment de son complet établissement. Cela est vrai surtout des prédispositions aux maladies qui trouvent un terrain approprié chez les enfants, chez les adolescents : scrofule, tuberculose, etc.

Deux ordres de circonstances sont capables d'accélérer la marche des prédispositions : les unes, externes, consistent dans l'action des provocations prédisposantes suffisamment énergiques; les autres sont internes. Certaines époques de la vie se montrent, en effet, favorables à la maturité de telle prédisposition; telles sont : la dentition pour la prédisposition scrofuleuse, l'adolescence pour la tuberculeuse, l'âge adulte pour la goutteuse, la ménopause pour la cancéreuse, etc.

Nous avons beaucoup plus de pouvoir qu'on ne le croit généralement pour détruire une prédisposition, ou du moins pour la rendre stationnaire. Cela résulte clairement de ce que je viens de dire.

Le diagnostic des prédispositions est très-souvent difficile. Combien de fois, en effet, la maladie fait-elle une explosion imprévue, sans qu'on ait pu le moins du monde se douter de l'existence de la prédisposition qui l'a précédée ? Combien de maladies n'observe-t-on pas pour lesquelles on ne peut dire en quoi la prédisposition a consisté ! Que d'erreurs on est exposé à commettre, et que de fois on croit à une prédisposition entièrement absente ! Ajoutons à cela l'impossibilité de distinguer le moment précis où la prédisposition devient maladie, lorsque celle-ci, comme cela arrive dans beaucoup de maladies chroniques, s'établit d'une manière insensible et procède par des ébauches qui attirent à peine l'attention. Comment enfin et à quels signes séparer la préparation éloignée, aléatoire, qui constitue la prédisposition, de la préparation décisive, prochaine, qui est l'incubation ?

Prendre pour une prédisposition ce qui est incubation ou commencement de maladie, et réciproquement, n'est pas en pratique un mal sérieux, puisque l'indication et le traitement sont à peu près les mêmes. Reste le fait plus grave des difficultés qui souvent empêchent de reconnaître la prédisposition au moment opportun. Ce fait est vrai, j'en conviens sans peine. Mais ces difficultés sont-elles toujours insurmontables ? Évidemment elles ne le sont pas pour un grand nombre de cas. Peut-on espérer des progrès en ce genre de diagnostic ? Le nier serait supposer que l'observation a dit son dernier mot, et nous n'en sommes pas là, il s'en faut.

Convenons-en, le médecin n'est qu'exceptionnellement mis en mesure de constater, de découvrir, de traiter des prédispositions; il n'est guère appelé que pour des maladies formées. En dehors du cercle intime de sa famille, où même il n'est pas toujours écouté, la plupart des faits de prédisposition passent loin de lui, sans qu'il ait les moyens de les étudier sérieusement. Et cependant combien de pronostics en ce genre, presque lancés au hasard, que l'événement justifie, et que de malheurs on éviterait si, après examen attentif, le traitement prophylactique était employé ! L'état de nos mœurs, nos usages, s'opposent, je le sais, à ce que les sujets

qui sont sous l'empire d'une prédisposition, et dont le chiffre est pourtant si considérable, soient l'objet d'une observation sévère. Mais la faute n'en est-elle pas en grande partie aux médecins eux-mêmes, qui ne disent pas assez haut l'importance du diagnostic des prédispositions et le perfectionnement thérapeutique qui en résulterait? N'est-on pas fatigué de lutter laborieusement contre la scrofule confirmée, d'échouer contre la tuberculose, contre la goutte? Et n'est-il pas temps d'essayer de reconnaître les sujets simplement prédisposés à ces maladies, afin de les soumettre de bonne heure à un traitement qui aurait certes beaucoup plus de chances en sa faveur?

On a depuis longtemps remarqué que le progrès thérapeutique n'est pas en rapport avec les acquisitions faites journellement par la science. C'est que ces acquisitions portent principalement sur des maladies confirmées, sur des cas, par conséquent, où l'œuvre étiologique a été développée jusqu'au bout et constitue un fait irrévocablement accompli. Mais si ce progrès nous faisait connaître cette œuvre étiologique à ses débuts, aux moments où elle ne représente qu'un commencement de déviation, un *devenir*, une menace encore lointaine, la raison dit qu'il serait alors relativement aisé d'en arrêter la marche.

Notre conviction à tous est que l'étiologie recèle les secrets thérapeutiques les plus importants. On ne le dirait pas, à en juger par la direction presque exclusivement nosographique qu'on donne à la science. L'étiologie envisagée au point de vue des maladies à venir, tient bien peu de place parmi nous; c'est là pourtant que son étude serait fructueuse. Allons à la découverte des secrets de la médecine prophylactique. A mon sens, l'hygiène doit se compléter en prenant pour sujet l'homme, qui, sous les apparences de la santé, cache une tare capable de grandir s'il n'y prend garde.

En indiquant cette voie, je ne crois pas pousser à la poursuite d'une chimère. La prédisposition est un fait réel jusqu'à présent peu et mal étudié. Qu'on dise que cette étude est malaisée par suite de l'inintelligence, de l'insouciance des familles et de leur défaut de concours; qu'on explique ses imperfections par l'insuffisance de l'observation, on sera dans le vrai, et l'on signalera le principal obstacle à surmonter.

Mais on a bien tort lorsqu'on décrète d'avance l'inutilité d'un

pareil travail, en élevant des doutes sur la réalité de l'objet à poursuivre. C'est pourquoi je trouve malheureuse la phrase suivante, émanée d'une plume d'ordinaire grave et mesurée :

« Dans la très-grande majorité des cas, la prédisposition est un être de raison qui ne nous sert pas à grand'chose [1]. »

M. Monneret me paraît trop complaisant à l'égard des êtres de raison. A sa place j'aurais dit carrément qu'ils ne servent à rien du tout, et même que leur admission est une grande faute. J'ai amplement démontré que la prédisposition n'est pas un être de raison. Contrairement à M. Monneret, je pense que l'absence de prédisposition est un fait rare. Il n'y a point de santé parfaite, et nous péchons tous plus ou moins par un endroit. En tout cas, il valait la peine de dire quand et pourquoi la prédisposition était ou n'était pas un être de raison. Peut-être M. Monneret se contente-t-il de penser que la preuve topique, mathématique, de l'existence de telle prédisposition qui n'a pas abouti, et à plus forte raison encore la preuve d'une prédisposition qui n'aboutit jamais, sont impossibles à donner. Certainement, sous ce rapport, le diagnostic des prédispositions ne suivra que de loin, en assurance et en précision, celui des maladies établies. Mais je ferai observer qu'en médecine nous agissons d'après des motifs qui le plus souvent ne sont que probables, et qui parfois même ne sont que possibles. Nous ne ferions à peu près rien dans notre profession, si la certitude était nécessaire. Il suffit donc que telle prédisposition soit sérieusement soupçonnée, pour que nous devions chercher à la combattre. Quand nous nous sommes trompés, nous avons, il est vrai, poursuivi *un être de raison*, et le traitement a été inutile ; mais pourvu que ce traitement ne soit pas nuisible, et nous verrons en thérapeutique que cela se peut très-bien, nous nous sommes comportés sagement. Nous étions autorisés à espérer un grand bien, tout en étant sûrs de ne faire aucun mal ; ce n'était pas le cas de dire : dans le doute, abstiens-toi.

Il en est du diagnostic des prédispositions comme du diagnostic des maladies. A défaut de phénomènes significatifs on interroge les anamnestiques, et l'on peut trouver dans l'appréciation de ce qui a précédé (hérédité, action des circumfusa, genre de vie, infirmité d'organes, maladies habituelles, etc.) des motifs

[1] Monneret; *Traité de pathologie générale*, tom. III, pag. 809.

suffisants pour croire à la présence d'une prédisposition. Très-fréquemment cette prédisposition est accusée par des détails spéciaux d'organisation, par un mode de fonctionnement, qui sont de vrais symptômes caractéristiques. Est-ce que les traits d'un tempérament fortement accentué n'autorisent pas à penser que là se trouvent les conditions favorables à tel genre de maladies? Est-ce que telle conformation particulière des yeux, du nez, de la poitrine, du bassin, etc., ne nous fournit pas des indices en ce genre qui permettent de lire dans l'avenir avec quelque assurance? Il n'est pas besoin, dans certains cas, d'un examen médical approfondi pour former des pronostics que le temps justifie, et plus d'une fois il nous suffit d'un simple coup d'œil pour apprécier d'avance l'avenir pathologique probable d'un individu. Rappelons-nous seulement les descriptions classiques concernant les sujets prédisposés à la goutte, à l'apoplexie, à la scrofule, à la phthisie, etc., et nous admettrons sans peine que dans plusieurs circonstances la prédisposition se révèle au dehors par des caractères aussi expressifs que ceux de la maladie elle-même.

L'étude de la prédisposition se confond avec celle de la susceptibilité morbide. Celle-ci, étant un défaut de résistance à l'égard des provocations hostiles, implique un défaut d'équilibre, une imperfection du fonctionnement hygide. D'où vient cette instabilité? Son origine est, ou bien un vice organique, ou bien un vice dynamique ; souvent les deux sont réunis et s'appuient l'un sur l'autre.

En quoi consiste l'imperfection du fonctionnement hygide? Tantôt c'est un abaissement, tantôt c'est une surélévation du ton vital, tantôt c'est un vice de qualité que la subaction, la réaction ne peuvent expliquer. Le fait initial est dans un organe, un appareil, ou dans le corps entier. Je dirai en thérapeutique le traitement qui convient à chacun de ces cas.

Je vais maintenant étudier, dans autant d'articles, ce qu'apportent dans la prédisposition les influences malfaisantes qui peuvent venir de l'hérédité, de l'âge, du sexe, du tempérament et de la constitution.

ARTICLE II. — HÉRÉDITÉ.

Je crois devoir exposer toute ma pensée sur le problème de l'hérédité considérée dans l'homme entier, âme, corps vivant. L'hérédité morale directe est, à mes yeux, en contradiction avec ce que la religion et la psychologie enseignent. Les preuves expérimentales qu'on en donne ne me paraissent pas suffisantes. A examiner les choses de près, on trouverait un chiffre beaucoup plus considérable de faits contraires. Et quant aux faits qui sont favorables, je les explique assez bien par l'hérédité vitale, par l'éducation, par le penchant qui nous porte à imiter les personnes qui nous entourent, par les influences d'un même milieu, d'un même genre de vie, pour avoir besoin d'admettre une transmission psychique. Je ne prétends rien prouver ici. Ce serait faire un hors-d'œuvre que d'insister, la question n'intéressant en aucune façon notre pratique, qui reste la même quelle que soit la réponse. J'ai hâte d'arriver à l'hérédité vitale, sur laquelle il importe à un haut degré que nous soyons renseignés, et que l'on peut étudier avec fruit à l'aide de données exclusivement médicales.

L'hérédité vitale ou physiologique est manifeste. Évidemment, les caractères du sujet générateur passent dans le sujet engendré; c'est par là que les espèces, les races, se conservent. Ce serait folie que de nier ce genre de transmission. On a contesté l'hérédité des maladies, ce qui est bien différent. Il est certain que la transmission des qualités qui font la maladie ne s'impose pas avec la même autorité que la transmission des qualités qui font l'espèce. Ce n'est pas seulement le désir de se singulariser qui a mis la plume aux mains des auteurs qui ont nié la première de ces transmissions. Le dogme de l'hérédité morbide, tel qu'il était présenté, prêtait à de graves objections, et il manquait de l'appui que lui assurent aujourd'hui les progrès de la zoologie.

Dans l'étude qui va suivre, l'hérédité morbide sera entendue d'une façon à plusieurs égards nouvelle; les faits, à mon sens, commandaient des corrections. Pour faciliter l'intelligence et l'admission de mes idées, il est utile de prendre l'hérédité-espèce pour point de départ.

Cette hérédité donne les caractères fixes, permanents, invariables dans leur partie essentielle, sur laquelle le temps et les lieux

ne peuvent rien. Ces caractères réunissent les individus qui en sont marqués en une série parfaitement distincte. L'espèce est le type de la spécificité; mais les sujets de même espèce ne se ressemblent pas tout à fait entre eux. A côté des qualités radicales, spécifiques, on en constate d'autres susceptibles de plus ou de moins, qui peuvent manquer tout à fait, l'espèce restant entière. D'après ces qualités non nécessaires, on a établi les races et les variétés qu'on observe partout, dans les nations comme dans les individus. D'où viennent ces différences?

M. Prosper Lucas[1] a recours, pour s'en rendre compte, à une force particulière qu'il appelle *innéité*. Il est certain que l'organisme de l'enfant trouve en lui le pouvoir, à beaucoup d'égards, de se modifier et d'agir d'une manière qui le distingue de ses parents. Cela implique-t-il une force particulière? Je ne le pense pas. La capacité dont il est question se rattache à un attribut des organismes vivants. Tous, sans exception, quand ils sont formés, s'émancipent de leurs auteurs, et avec leur vie propre, leur individualité, ils acquièrent la faculté de se donner et de subir certains changements. L'innéité rentre donc dans les lois physiologiques générales, s'explique par ces lois, et il n'y a pas lieu d'en faire une chose à part.

L'innéité est si peu un fait primitif, une force, qu'elle est susceptible d'explication.

Effectivement, si par innéité on entend le pouvoir de se distinguer de ce qui est le plus semblable, d'être soi en un mot, il est clair que le milieu qui nous entoure, que notre genre de vie, concourent puissamment à le réaliser. L'enfant qui après sa conception est constitué de façon à présenter plus tard une grande ressemblance vitale avec ses parents, déviera de la direction qui doit donner ce résultat, s'il est transporté, de bonne heure surtout, dans un climat opposé, si le genre d'exercice qu'il impose à ses organes n'est pas le même. Par conséquent, les influences qui agissent sur nous, si elles sont différentes de celles que nos parents ont subies, peuvent, en modifiant fortement certaines qualités transmises, amener des écarts qui, augmentant de plus en plus par la persistance de leur cause, aboutissent à la dissemblance.

[1] Prosper Lucas; *Traité philosophique et physiologique de l'hérédité naturelle*, etc. Paris, 1847-1850.

La spontanéité, la flexibilité, jusqu'à certaines limites à l'encontre des modificateurs, ne sont pas les seules raisons à invoquer. Il y a un autre motif pour lequel les enfants se différencient de leurs auteurs.

Si l'enfant n'avait qu'un seul auteur, le défaut de similitude pourrait être un sujet légitime d'étonnement. Mais l'enfant a deux auteurs, et tous les deux influent au moment de sa formation, la mère en fournissant l'œuf, le père en fécondant cet œuf. Les opinions qui attribuaient le principal, soit au père exclusivement, soit à la mère, sont depuis longtemps jugées insoutenables. Or, les influences exercées dans la conception sont entre elles, ou analogues, ou opposées, ou seulement différentes, et dans tous les cas la résultante ne peut reproduire exclusivement l'un des deux facteurs. L'enfant ressemblant en même temps au père et à la mère, ressemblera d'autant moins à chacun d'eux pris séparément.

Mais pourquoi les frères ne sont-ils pas tous vitalement semblables ? La réponse est facile : c'est que l'influence respective des conjoints ne s'exerce pas au même degré dans toutes les copulations. Tout porte en ce genre d'action ; la moindre variante, non contrariée, grandit en se développant et devient une vraie différence. En outre, les conjoints ne sont pas toujours, il s'en faut, dans le même état vital, et cela implique la transmission de qualités spéciales en rapport seulement avec l'état actuel. C'est parce que la situation des parents est autant que possible la même dans la procréation des jumeaux, que ceux-ci se font remarquer par leur similitude parmi leurs autres frères.

Je n'ai pas encore tout dit : les aïeux ont une action incontestable dans l'hérédité vitale ; en quoi consiste cette action ? Et d'abord, ils ont contribué à établir les qualités qui sont en permanence dans une même famille. Sous ce rapport, le père et la mère, chacun de son côté, représentent leurs ascendants respectifs, et ils ne donnent que ce qu'ils ont reçu. Ceci paraît simple et s'explique très-bien. Il n'en est pas de même de ce qu'on appelle faussement hérédité intermittente.

Tout le monde sait que la qualité d'un aïeul qui manque dans le fils, se retrouve dans le petit-fils. Est-ce à dire que cette qualité était tout à fait absente dans le fils, et que celui-ci a transmis quelque chose qu'il n'avait pas ? Cette conclusion est inadmissible. Le fils avait certainement la qualité en question, mais elle ne s'y

est pas assez développée pour être aperçue; elle a existé en lui à l'état virtuel, à l'état latent; pourquoi? Il est souvent fort difficile de le dire. Cela n'empêche pas d'affirmer que la ligne d'hérédité n'a pas été interrompue, et que l'influence de l'aïeul n'a atteint le petit-fils qu'en passant par le père, d'où la proposition suivante : Nous pouvons hériter de choses qui pour nous sont sans effet, comme si elles n'étaient pas, et que nous transmettons. Ces choses sont simplement des prédispositions qui n'ont pas rencontré en nous des circonstances favorables et qui les trouvent dans nos enfants. On comprend maintenant l'impropriété du mot *maladies héréditaires* pour désigner tout ce qui se rapporte à l'hérédité morbide, et les objections sérieuses que l'on pouvait faire à la théorie de l'hérédité quand elle était ainsi comprise. L'influence de l'atavisme (influence des aïeux) continue parfois très-longtemps à l'état de prédisposition, et ne manifeste son effet propre et appréciable qu'après avoir franchi plusieurs générations. Les faits de ce genre pouvaient être douteux autrefois; mais, grâce aux progrès de la physiologie comparée, leur évidence est devenue complète.

Je signale comme possible et non encore prouvée, une autre influence qu'il faudrait ajouter, si elle était reconnue vraie, à celle des conjoints, à celle des aïeux.

Voici en quoi elle consiste, et les faits tels quels qui sembleraient prouver en sa faveur.

Les éleveurs qui veulent conserver intactes les qualités souhaitées dans les produits de leur industrie, se gardent bien de permettre un accouplement dans lequel serait admis un mâle ne présentant pas ces qualités au degré voulu, et surtout un mâle qui ne les présenterait pas du tout. Ils sont convaincus non-seulement que les produits d'un pareil accouplement porteront l'empreinte de l'action de leur père, mais encore que les produits futurs, quoique venant d'un autre père, seront plus ou moins marqués de la même empreinte. Les personnes compétentes en matière de sport, de vénerie, et dans l'art d'élever les bestiaux, partagent cette conviction et tiennent soigneusement leurs femelles de race à l'abri des entreprises d'un intrus. D'après eux, il est à craindre qu'une femelle ainsi malencontreusement imprégnée perde pour toujours, en partie ou en totalité, le pouvoir de donner des produits purs de tout mélange, et elle est alors considérée comme tarée.

Voici à cet égard un fait significatif :

En 1815, un âne moucheté d'Afrique (*couagga*) fut accouplé une seule fois avec une jument anglaise. La conséquence fut un mulet marqué de taches comme son père. Le *couagga* quitta le pays, et n'y a plus reparu. Dans le cours des années 1817, 1818, 1823, la même jument, saillie par trois étalons arabes, a donné chaque fois un poulain taché comme le *couagga*, et même taché plus fortement que le mulet dont ce *couagga* était le père. L'action du mâle serait donc susceptible de s'exercer sur les ovules qui seront fécondés plus tard. Il serait facile d'instituer dans ce but des expériences sur les animaux. Là, on dispose en maître des acteurs. Toutes les conditions appréciables du fait sont connues, réglées, et l'on n'a pas de doutes sur la paternité. Si, après avoir ainsi expérimenté, on acquérait la preuve de l'influence d'une première imprégnation sur les suivantes, il y aurait lieu de se demander si les veuves remariées ne peuvent pas transmettre à leurs enfants des qualités qu'il faudrait rapporter à leur premier mari; s'il est indifférent que celui-ci soit mort fou, épileptique, phthisique, etc.; et alors certains faits, comme chacun peut en avoir entendu raconter et qui paraissent analogues à celui du *couagga*, mériteraient d'être pris en considération. Mais, je le répète, le sujet que j'indique actuellement ne sera vraiment pris au sérieux que lorsque l'expérimentation zoologique aura témoigné en sa faveur.

Revenant sur mes pas, je dis que les parents, en outre des qualités immuables, nécessaires, qui constituent l'espèce, transmettent aux enfants d'autres qualités qui sont susceptibles de plus et de moins, et qui sont contingentes. L'action du climat modifie les nouveau-venus qui communiquent la mutation à leurs enfants; et l'hérédité, le climat, s'aidant réciproquement, cette mutation atteint les limites extrêmes et parvient à une grande fixité lorsque des siècles nombreux ont passé là-dessus.

Voilà pourquoi, à moins de croisements, les races dont l'origine se perd dans la nuit des temps semblent immobilisées dans leur organisation acquise. Toutefois, en regardant de près, vient un moment où le travail d'un climat contraire se fait apercevoir.

Les enfants de nègres établis il y a près de deux siècles en Amérique, ont subi des changements qui les éloignent notablement de leurs pères.

Pareillement, les descendants des Anglo-Saxons des premiers

temps de la colonisation américaine, ont pris une bonne partie de la structure anatomique des indigènes.

On assure que des blancs transportés en Afrique à une époque ancienne, mais connue, ont maintenant tous les caractères organiques des nègres, en dépit de ce qu'ont fait les individus des générations successives pour conserver la pureté du sang. Ces faits sont très-croyables. Sous l'influence d'un climat convenable, de l'hérédité et du temps, le nègre doit devenir blanc, le blanc doit devenir noir.

A côté des qualités communes aux individus d'une même race se trouvent celles dont on rencontre les traits chez les sujets d'une même nation, chez les membres d'une même famille. Celles-là, moins fixes, sont transmises dans la majorité des cas, mais avec une certitude moindre.

L'hérédité de ces qualités n'a jamais été niée. Mais les qualités de race, de nation, de famille n'étant pas spécifiques comme celles de l'espèce, sont susceptibles de plus et de moins ; en outre, elles coexistent avec d'autres qualités encore plus accidentelles, et par conséquent plus variables. C'est ainsi que nous nous différencions de nos parents, et que chacun de nous est un individu distinct et à certains égards incomparable.

J'ai dit que ces différences pouvaient être expliquées par le milieu, par le genre de vie, lorsque ceux-ci ont changé; mais j'ai ajouté qu'elles pouvaient aussi être le fait des parents. Car l'enfant étant le produit de deux individus et non d'un seul, et même de deux individus dont la situation vitale est loin d'être toujours identique, il doit présenter des caractères appartenant à chacun de ses deux auteurs et variant selon le degré d'influence exercé par l'un ou par l'autre dans l'acte de la copulation; d'où la conclusion dont la singularité n'est qu'apparente, à savoir : que l'hérédité est une cause de variation en même temps qu'elle est une cause de stabilité. L'hérédité explique non-seulement la stabilité qui fait l'espèce, la race, mais encore elle concourt à expliquer les différences qui font de l'enfant un être distinct de tous ses semblables.

Les qualités acquises par les ascendants, et qu'ils transmettent à leurs produits, peuvent être bonnes, peuvent être mauvaises; ces dernières, par leur exagération, vont à la maladie. Il y a donc une hérédité morbide; mais avant de chercher à savoir en quoi

consiste l'hérédité morbide, je continue à étudier la série des influences qui agissent sur l'enfant, et qui, provenant de ses parents, doivent être appréciées comparativement aux précédentes.

J'ai mentionné l'action du milieu où l'enfant est appelé à vivre après sa naissance. Mais pendant la gestation, la mère constitue, vis-à-vis de son produit, un milieu dont la puissance est plus grande encore. Cette influence s'exerce sur un être très-impressionnable, à l'état de formation, qui est le siége d'un travail très-actif, très-compliqué, et qui subit des métamorphoses se succédant rapidement. Un pareil être n'opposant qu'une faible résistance aux agents qui l'enveloppent, le pénètrent, doit certainement être modifié par eux. L'action modificatrice de la mère continue après la conception. J'aurai à examiner en quoi ce qui en résulte pour l'enfant ressemble à l'hérédité et s'en distingue.

Je devrai me poser la même question au sujet de la lactation, qui est le plus faible et le dernier lien vital unissant l'enfant à sa mère.

J'admets donc deux ordres d'influences : 1° les unes s'exercent au moment de la conception, et sont fournies tout à la fois par le père et la mère ; 2° les autres viennent exclusivement de la mère, et ont lieu pendant la gestation. Je place à la suite celles qui viennent de la nourrice, dernier fait parmi ceux que l'on groupe autour de l'hérédité.

Autrefois on admettait implicitement la distinction que je propose. Baillou, Boerhaave, Pujol (de Castres) entre autres, appelaient maladies congénitales, *morbi congeniti* (*cum geniti*, engendrées avec) les maladies qui répondaient à la conception. Les maladies connées, *morbi connati* (*cum nati*, nées avec) étaient celles qui s'établissaient pendant la gestation. De nos jours, l'attention se concentrant particulièrement sur le fait accompli au détriment de la cause, on donne le même sens aux mots *conné*, *congénital*. C'est une confusion regrettable, que ne justifie pas l'impossibilité où l'on est parfois de fixer l'époque où le fait a commencé. Cette distinction est facile pourtant dans beaucoup de cas, et les intérêts de la pratique voudraient qu'elle fût toujours possible. L'étiologie étant différente, les indications thérapeutiques le sont aussi.

Il serait convenable d'admettre cette distinction. Les anciens mots ne suffiraient pas : congénital, étymologiquement bien compris, exprime très-bien les faits conceptionnels ; mais conné, qui

embrasse tout, est impropre à désigner les faits subséquents. Si je voulais mettre d'accord les mots avec l'idée, j'appellerais *conné* ce que l'enfant porte en naissant, *conceptionnel* ce qui vient de la conception, et *gestationnel* ce qui vient des événements de la gestation.

Maintenant, que faut-il entendre par *hérédité morbide?* On dit généralement que c'est la transmission d'une maladie des parents à l'enfant, ce qui implique similitude. Maladies héréditaires, hérédité morbide, sont considérées comme expressions synonymes. On dit même plus volontiers : *maladies héréditaires*.

Je puis consentir à cela, moyennant quelques observations, quelques réserves.

Les parents peuvent transmettre à leurs enfants des vices de conformation. Ces vices ne sont pas des maladies proprement dites, mais ils leur ressemblent assez pour que je ne voie pas d'inconvénient sérieux à englober le tout sous le titre de maladies héréditaires.

Le plus souvent la maladie transmise n'existe pas au moment de la naissance et n'apparaît que plus tard. Ce qui a été donné n'est donc pas la maladie elle-même, mais seulement une prédisposition.

L'enfant peut tenir de ses parents une maladie dont ceux-ci n'ont jamais présenté les symptômes. Chez eux, cette maladie était latente ou bien à l'état de prédisposition.

Les parents peuvent avoir été manifestement malades, et l'enfant ne recevra peut-être d'eux qu'une prédisposition qui n'aboutit pas à la maladie.

La maladie présentée par l'enfant peut ne pas être exactement semblable à celle des parents. Elle s'y rattache pourtant d'une manière quelconque, principale ou accessoire.

La maladie de l'enfant peut être la résultante des deux influences qui s'exercent au moment de la conception. Si on la compare seulement avec celle que présentait l'un des conjoints, la similitude sera susceptible de contestation.

Ces propositions étant prouvées, il faudra m'accorder : 1° que dans la majorité des cas ce ne sont pas des maladies qui sont transmises, mais bien des prédispositions, cela ne peut être contesté; 2° que le mot similitude ne doit pas être pris à la lettre. Il suffit que quelque chose de semblable ait passé des parents à l'enfant.

pour qu'il y ait hérédité. Que devient la chose transmise? Selon les cas, elle disparaît; elle dévie plus ou moins de sa direction première sans changer entièrement de nature; elle se maintient la même, grandit et aboutit à une maladie exactement semblable à celle du donateur. Un même trait relie tous ces faits : c'est la similitude de la chose au moment de la transmission. On ne peut en douter quand une lésion tératologique, une maladie des parents, se retrouvent sur l'enfant nouveau-né. Il en est de même pour les prédispositions héréditaires; puisqu'elles sont transmises, c'est que le semblable, l'équivalent, existaient chez les parents.

Quand la chose transmise est la résultante des deux actions conceptionnelles, les deux conjoints réunis doivent être le terme de comparaison; mais comme très-fréquemment l'influence de l'un a été prédominante, c'est de ce côté particulièrement que le semblable est trouvé.

Transmission d'une qualité morbide, telle est en définitive l'idée qu'on doit se faire de l'hérédité pathologique. Le mot qualité comprend prédisposition, maladie, vice de conformation. Quant à la similitude, elle n'est pas toujours aisément apercevable dans les conséquences des prédispositions héréditaires. Plus la similitude est complète dans le résultat final, plus il y a de l'hérédité. Quand la similitude est peu prononcée, l'apport héréditaire s'est amoindri. Il y a donc des maladies tout à fait de provenance héréditaire ; il y en a d'autres qui ne le sont qu'en partie.

Personne n'ignore que les transmissions de l'ordre vivant ne sont pas comme celles où un objet matériel passe d'une main dans une autre. La qualité transmise dans les hérédités physiologiques ne diminue pas la qualité semblable des parents. A parler rigoureusement, ce serait moins une transmission qu'une propagation, une espèce de contagion se faisant dans des circonstances spéciales et essentiellement mystérieuses.

La plupart des hérédités viennent de la conception. Elles sont l'hérédité type, celle à laquelle on pense quand le mot hérédité est prononcé.

Avant de traiter ce sujet, je dois m'expliquer sur un groupe particulier de faits que le premier, je crois, Portal a signalés sous le nom, malheureux selon moi, de *maladies de famille*. Il s'agit d'enfants qui, tous ou presque tous, sont atteints d'une même maladie dont les symptômes n'ont jamais été observés chez les pa-

rents. De pareils événements se présentent en effet et ne sont même pas très-rares. Portal veut qu'on distingue ces maladies de celles qui sont héréditaires, et cette opinion est acceptée. A mes yeux, elle n'est vraie que très-partiellement.

On ne saurait invoquer l'hérédité quand les maladies semblables des enfants se rattachent à la similitude des influences auxquelles ils sont soumis après leur naissance. Telles influences hostiles d'habitation, de milieu, sont assez énergiques pour agir efficacement sur les enfants; tandis que les parents, moins impressionnables, plus robustes, résistent. Certains époux adoptent pour l'éducation de leurs enfants un système dont les conséquences sont funestes, et si ce système est appliqué à chaque nouveau-né, quoi d'étonnant que tous soient malades d'une façon semblable? Les faits de ce genre rentrent dans les lois de l'étiologie ordinaire, n'ont rien de mystérieux, et sont en dehors de l'hérédité.

Mais quand les agents extérieurs ne peuvent donner l'explication des maladies dites de *famille*, il est impossible de ne pas admettre en elles quelque chose d'héréditaire. Invoquer le hasard, c'est prononcer un mot vide de sens et au plus haut degré anti-scientifique.

Pour certains de ces faits, on se trompe quand on avance qu'aucun des parents n'a éprouvé la maladie observée sur les enfants. Cette maladie peut être de celles qui sont propres à l'enfance. Le père ou la mère l'ont eue en bas-âge. Il ne l'ont jamais su, ou bien ils l'ont oublié.

Le père ou la mère étaient seulement porteurs d'une prédisposition léguée par leurs ascendants.

Le père ou la mère avaient la même maladie que les enfants, mais cette maladie était chez eux à l'état latent. Les enfants, par exemple, sont syphilitiques sans qu'on puisse accuser une contagion venue du dehors; de leur côté, les parents n'ont jamais présenté de symptômes de syphilis, mais pourtant l'un deux s'est exposé à contracter cette maladie. On lui fait subir un traitement antisyphilitique, et à partir de ce moment les nouvelles grossesses sont heureuses. La vérité de ces données étant admise (et pourquoi ne l'admettrait-on pas quand l'affirmation vient de bon lieu ?), il est impossible de se soustraire à cette conclusion que le père ou la mère avaient une syphilis latente. en vertu de ce principe que personne ne peut donner ce qu'il n'a pas. Si une pareille possi-

bilité est démontrée pour la syphilis, aucun argument sérieux ne s'oppose à ce qu'on l'étende à d'autres affections[1].

D'après ce que j'ai dit plus haut, il ne faut pas se hâter d'affirmer que la maladie des enfants est différente de celle des parents. La similitude peut exister, mais on l'a méconnue ; un médecin plus sagace l'aurait découverte. Peut-être le cas est-il un de ceux où la similitude, pour être trouvée, doit être cherchée à la fois dans les deux époux.

Enfin, si l'on n'est pas autorisé à reconnaître au-dessus des enfants une maladie, une prédisposition semblables, il reste toujours vrai que les générateurs sont physiologiquement responsables, puisque le mal vient d'une conception imparfaite. Généralement on ne nomme pas héréditaires les maladies des enfants issus d'une union anti-hygiénique, quand elles ne rappellent pas celles des parents. Je reconnais qu'il convient de les classer à part, mais je ne les crois pas tout à fait étrangères à l'hérédité. Une qualité transmise implique nécessairement similitude au moment de la transmission. Que cette qualité, passée à l'embryon, devienne ensuite hydrocéphalie, surdi-mutité, idiotisme, etc., j'ignore le mécanisme au moyen duquel cela s'opère, mais je conçois très-bien qu'un vice toléré par un adulte trouble le travail de formation du fœtus assez gravement pour amener des conséquences inconnues aux ascendants. Il suffit que la cause initiale ait son équivalent chez ces derniers, pour que les faits en question soient considérés comme une des formes de l'hérédité.

D'après ce qui précède, les maladies dites de famille peuvent être distribuées dans les divers groupes des maladies héréditaires, sauf bien entendu celles qui s'expliquent suffisamment par les événements de la vie extra-utérine.

§ I. **Hérédité conceptionnelle**.

Les influences exercées par les conjoints au moment de la conception font sûrement passer à l'enfant les qualités d'espèce, de race et, avec une certitude décroissante, les qualités de nation, de famille, les qualités individuelles, et enfin certaines autres qualités dépendant de la situation spéciale, accidentelle, où se trouvent

[1] Voir *Affections latentes*.

les époux au moment de l'accomplissement de l'acte. De là, la pensée qu'en choisissant le père et la mère on pourrait régler à volonté les qualités des produits. L'expérience a justifié cette prévision, et elle est devenue un art qui a fait faire de merveilleux progrès à l'industrie des éleveurs de bestiaux. Cet art rappelle les noms de Daubenton en France, de Backwell, de Collins en Angleterre. On peut dire que l'homme pétrit et façonne certains êtres vivants aussi bien que s'ils étaient une matière morte, puisqu'on fait développer en eux tout ce qu'on a intérêt à y trouver, en amoindrissant ce qu'on ne veut pas; et quand ce qu'on ne veut pas est indispensable à la vie de l'animal, on le réduit au strict nécessaire. C'est ainsi qu'on a créé et qu'on conserve des races artificielles : les porcs dits de Leicester, qui sont à peu près tout graisse; les chevaux dits anglais, qui sont tout muscle; les bœufs dits de Durham, qui sont à la fois graisse et muscle. On a tout pouvoir pour changer la couleur de la robe des animaux, pour raccourcir, pour allonger leurs cornes, leurs membres, etc., etc. L'hérédité donne ces singuliers résultats, tant l'hérédité est un levier puissant et maniable quand on s'y prend avec intelligence. Tout le secret consiste dans l'accouplement de sujets autant que possible semblables et présentant les qualités recherchées. A chaque génération nouvelle, ces qualités s'accroissent aux dépens de celles qu'on désire faire disparaître. Et cela aura lieu d'autant plus vite que, parmi les produits, on choisira comme générateurs les sujets qui se ressemblent le plus. Ce procédé s'appelle *sélection*. Au moyen de la sélection on augmente, on perpétue telles anomalies qui primitivement n'étaient que des variétés et même des accidents, et l'on finit par avoir assez de fixité dans les résultats pour que le mot *race* ait été adopté pour désigner ces filiations artificielles fortement empreintes d'un caractère distinctif.

Je n'ai pas besoin de dire les raisons pour lesquelles cette sélection à outrance est inapplicable à l'homme. Toutefois, volontaire ou involontaire, la sélection est pratiquée parmi nous, et ses conséquences sont visiblement analogues à celles dont je viens de parler.

On fait de la sélection lorsque, dans un mariage, on s'occupe de l'âge, du tempérament, de la constitution des futurs, que l'on choisit irréprochables afin que les enfants présentent les mêmes qualités améliorées, fortifiées. On fait une sélection, cette fois mal-

heureuse, lorsqu'on marie ensemble des individus ayant même tempérament exagéré, même constitution débile, mêmes prédispositions, mêmes maladies.

Tels détails d'organisation en permanence chez certains peuples, et qui servent à les caractériser, sont le produit d'une vraie sélection. Tête allongée (macrocéphales, mentionnés par Hippocrate), nez épaté, oreilles monstrueuses, tabliers des Hottentotes, petitesse et difformité des pieds, etc., etc. C'étaient primitivement, ou des anomalies, ou le résultat de certaines pratiques mécaniques généralement adoptées, et le mariage entre semblables a augmenté et maintenu par hérédité le trait organique en question.

Personne n'ignore que les deux Frédéric de Prusse, afin d'avoir de beaux grenadiers dans leur garde, mariaient leurs soldats les plus grands avec les plus grandes filles qu'ils pouvaient trouver. C'était là évidemment une sélection, dont les conséquences durent encore dans les environs de Potsdam, s'il est vrai, comme on l'assure, que les habitants y ont une plus haute taille qu'ailleurs.

Il est donc surabondamment prouvé que les qualités saillantes et fixes des conjoints passent à leurs enfants, et que cette transmission se fait au moment de la conception.

Je ne dois parler que des transmissions regrettables qu'il faut s'efforcer d'arrêter (hérédité morbide).

On peut rattacher à la conception des vices de conformation, des maladies, des prédispositions.

L'hérédité des vices de conformation est appuyée sur des faits nombreux. Hippocrate l'avait remarquée et l'a consacrée dans une phrase de son *Traité de l'air, des lieux et des eaux* : *Ex gibbosis, gibbosi ; ex distortis, distorti*. Les traités classiques de pathologie, ceux qui s'occupent de tératologie (voir en particulier le livre d'Isid. Geoffroy Saint-Hilaire [1]), mentionnent des cas de ce genre dont la signification est incontestable. Chacun a pu en observer, et il me semble inutile d'en citer des exemples. Parfois la difformité disparaît pendant une ou plusieurs générations, et reparaît ensuite. Évidemment la ligne d'hérédité n'est pas interrompue dans ces cas. Mais de quoi les sujets intermédiaires bien conformés étaient-ils por-

[1] Isid. Geoffroy Saint-Hilaire ; *Histoire générale et particulière des anomalies de l'organisation chez l'homme et chez les animaux*, etc. Paris, 1832-1836.

teurs ? Je ne conçois pas ce que peut être un vice de conformation en puissance; mais certainement ces intermédiaires avaient quelque chose en ce genre qu'ils ont reçu, gardé et donné de façon à ce que, moyennant un pas de plus, le résultat a pu se réaliser sur leur enfant. *Nemo dat quod non habet.*

La transmission des vices de conformation conduit naturellement à celle des lésions d'organes qui sont considérées comme maladies, et qui ont pour conséquence la surdité, l'amaurose, la cataracte, l'ichthyose, etc. La possibilité de l'hérédité de ces lésions est indéniable. Cette hérédité est manifestement conceptionnelle quand elle vient du mari. On n'est pas alors admis à invoquer les accidents de la gestation. Quant à une coïncidence fortuite, le nombre des faits et leur succession continue ou intermittente détruisent une semblable objection.

En ce qui concerne les espèces morbides connues venant de la conception et présentes sur l'enfant au moment de la naissance, le chiffre en est nécessairement réduit; car un grand nombre de ces maladies sont irréalisables chez l'embryon et ne s'établissent que très-difficilement sur le fœtus. Quelquefois les influences conceptionnelles ont été assez hostiles pour empêcher le développement de l'enfant, pour amener l'avortement, et les difficultés de ce genre d'observation ne permettent pas de dire en quoi ont consisté ces maladies causes de perturbation mortelle. Sous ce rapport, la syphilis fait exception. On sait qu'elle peut être cause d'avortement. La pathologie de l'enfant à l'état d'ébauche ne peut ressembler à celle de l'enfant achevé. L'obscurité de la première s'étend sur l'étiologie qui lui correspond, et la détermination des causes hostiles agissant alors est presque toujours impossible. On n'est pas dans tous les cas, il s'en faut, en mesure de dire si un avortement dépend d'un vice conceptionnel ou bien d'un trouble survenu dans la fonction gestative. Sous ce rapport donc, la syphilis est une exception remarquable. La syphilis des parents a pour conséquence, tantôt l'avortement, tantôt la syphilis en cours d'évolution sur le fœtus, tantôt la même maladie ne faisant son apparition qu'après la naissance.

Les exemples d'autres maladies affectives d'origine conceptionnelle, développées sur l'enfant qui vient au monde, sont des curiosités pathologiques. Je pourrais en rappeler plusieurs ; je me contente de citer deux faits, dont l'un appartient au professeur

F. Devay, et l'autre à M. Godelle, médecin à l'hôpital de Soissons. Dans le premier, il s'agit d'un enfant mort-né dont les articulations portaient les traces du rhumatisme ; dans le second, c'était un enfant goîtreux. Le rhumatisme et le goître étaient héréditaires.

Mais si le fœtus n'est que rarement capable de réaliser la plupart des maladies issues de la conception, il est accessible à toutes les prédispositions. Ce sujet méritant d'être traité à part, j'y reviendrai tout à l'heure.

Lésions tératologiques, maladies présentes ou apparaissant plus tard, tout cela semblable ou analogue à ce qu'on a observé sur les ascendants, n'épuise pas la notion de l'hérédité conceptionnelle.

Il faut ajouter le groupe des faits mentionnés plus haut à l'occasion des maladies dites de famille, faits morbides qui ne sont rappelés par rien dans la pathologie des ascendants.

J'ai prouvé, je crois, que même alors la qualité transmise par le donateur était primitivement semblable, et que, malgré les différences du résultat chez l'enfant, il y avait là quelque chose d'héréditaire. Ce quelque chose est souvent d'origine conceptionnelle.

Tout le monde est d'accord pour rattacher à une imperfection de la conception les produits défectueux des mariages accomplis dans des conditions que l'hygiène réprouve : unions entre sujets dont l'un ou tous les deux sont trop jeunes, trop vieux, d'une constitution surmenée n'importe par quels excès ; unions de sujets ayant même tempérament exagéré; unions consanguines, etc. La statistique a démontré que, tout étant égal d'ailleurs, les enfants qui proviennent de ces mariages sont, plus souvent que les autres, atteints de difformités, de lésions d'organe, de prédispositions, de tares de tout genre.

A côté de ces faits, je rappelle certaines situations où les sujets peuvent se trouver au moment de la copulation, et qui apportent une perturbation fatale à l'enfant. L'état d'ivresse et surtout l'ivrognerie habituelle, impriment à l'embryon une infirmité qui plus tard deviendra l'idiotie, la folie, l'épilepsie, etc. On a remarqué que les enfants illégitimes étaient, proportions gardées, plus souvent porteurs de difformités, de maladies, de prédispositions, et, en somme, moins viables. On invoque, ce me semble avec raison,

pour expliquer ces résultats, l'agitation des esprits, l'insécurité, la fougue impétueuse à l'excès, qui d'ordinaire accompagnent les copulations illicites, etc. Je laisse aux hygiénistes le soin de dire les circonstances les plus favorables aux bons engendrements; ce que je viens de leur emprunter suffit à la thèse pathologique que je développe en ce moment.

Quel que soit son mode, quel que soit son résultat, l'influence conceptionnelle est ce qu'il y a de plus mystérieux en matière de physiologie. Certes, tout n'est pas clair en ce qui concerne les autres formations morbides qui ont lieu pendant la gestation ou après la naissance; mais enfin, nous y distinguons l'agent hostile et le patient, et, jusqu'à un certain point, la raison saisit le pourquoi, le comment, de l'action du premier sur le second, et trouve une concordance entre la cause et l'effet.

A l'égard de la conception, notre intelligence ne voit qu'obscurité. Comment se fait-il que, dans ce moment indivisible, la vésicule embryonnaire soit impressionnée d'une manière telle qu'il surviendra plus tard une lésion tératologique, ou bien une maladie, une prédisposition, semblables ou non semblables à celles des parents prochains ou éloignés? comment se fait-il que le cerveau, le poumon, par exemple, dont les premiers linéaments ne sont pas encore dessinés, soient voués à une apoplexie, à une tuberculisation, qui se réaliseront seulement au bout d'un grand nombre d'années? Voilà vraiment de l'incompréhensible. L'observation nous ordonne d'y croire; mais jamais *à priori* on n'aurait imaginé une pareille chose. L'ovule de la mère, le sperme du père, ne contiennent pas un seul atome de la matière qui composera l'organe ainsi marqué d'avance; les molécules de cet organe se renouvelleront plusieurs fois avant l'invasion de la maladie, et cependant l'empreinte morbifique se conservera. Par quoi est-elle ainsi retenue? Nous constatons le fait; mais son mécanisme est-il appréciable?

La science moderne s'efforce de faire disparaître une à une les causes occultes que les anciens avaient admises. Elle est parvenue, j'en conviens, à en diminuer le nombre; mais la cause du fait dont je parle est réfractaire et le sera probablement longtemps.

§ II. **Hérédité après la conception.**

Dans la conception, le père et la mère agissent simultanément, fondus, pour ainsi dire, en une seule personne, dans laquelle, selon les cas, l'un ou l'autre prédomine. Passé ce moment, le rôle vital du père est fini. Celui de la mère continue d'une autre manière. L'embryon a sans doute sa vie propre, qui est la résultante des deux actions conceptionnelles combinées; mais que de circonstances limitent ce premier essai d'indépendance et peuvent influer sur sa direction, la maintenir, la renforcer, la faire dévier ! Cette vie, d'autant plus débile et précaire qu'elle est plus près de son commencement, est employée à la formation des organes ; œuvre étonnante par son extrême complication et par la rapidité avec laquelle ses périodes se succèdent. L'embryon reçoit tous les matériaux de la mère et les emploie tels quels, bons ou mauvais ; dans son état continuel de *devenir*, il manque de stabilité, et l'on conçoit qu'il puisse être modifié par une influence aussi pénétrante. Cette influence n'est pas toute-puissante pourtant, car assez fréquemment l'empreinte conceptionnelle a assez de fixité pour résister aux actions contraires. Toutefois il reste à la mère, considérée en tant que gestatrice, un grand pouvoir d'assimilation sur le produit fait en commun avec le mari, à l'instant de la conception. Que ce produit meure ou vive, qu'il conserve ou qu'il perde partie ou totalité des qualités muables qui lui ont été données, la mère y a contribué certainement. En quelle quantité, de quelle manière ? La physiologie a cherché la solution de ces problèmes ; elle n'a pas certes trouvé tout ce qu'elle voulait, mais elle a pu jeter quelque jour sur le problème de l'hérédité après la conception.

L'hérédité, on s'en souvient, est la transmission d'une qualité semblable : lésion tératologique, maladie, prédisposition. Il y a donc à examiner si cela peut avoir lieu pendant la gestation.

Avant de commencer cet examen, je constate que les données de la question ont changé. Il ne s'agit plus, comme tout à l'heure, d'un conflit essentiellement mystérieux, s'exerçant entre les conjoints pour former un être nouveau. Maintenant cet être nouveau est constitué; il possède, en puissance, ses qualités d'individu, les unes fixes, les autres mobiles. Nous avons un patient qui est

l'embryon, un agent qui est la mère, et nous connaissons en outre, du moins en partie, la nature des relations qui existent entre ces deux individus. Ce sont là autant de secours dont nous étions privés tout à l'heure. L'obscurité est donc moins grande, et l'on peut, sans trop d'ambition, espérer pouvoir, à l'aide d'une observation de plus en plus exacte, augmenter les conquêtes de la science sur l'inconnu. Que savons-nous au sujet de cette forme d'hérédité morbide ?

Le milieu dans lequel l'enfant vit pendant neuf mois environ, est pour lui d'une nécessité indispensable. Au bout des premiers six mois l'enfant est formé, le reste du temps est consacré au perfectionnement de ses organes. A côté de ces influences bienfaisantes, ce milieu peut en recéler d'hostiles. Toutes ces influences hostiles, il s'en faut, n'ont pas des conséquences auxquelles le mot hérédité soit applicable. Un grand nombre, mortelles ou simplement morbifiques, sont de ce nombre. La mort, l'infirmité, la maladie provenant d'une imperfection des rapports organiques nécessaires que la mère et l'enfant doivent entretenir ensemble, et, par exemple, les altérations qui résultent d'un excès, d'un défaut d'activité dans la circulation utéro-fœtale, ne peuvent être considérées comme le résultat d'une influence héréditaire. Ne sont pas davantage héréditaires les effets morbides des événements funestes qui arrivent fortuitement pendant la grossesse : maladie de la mère, émotion violente, coups, chutes, etc. L'enfant reçoit le contre-coup de ce qui se passe dans le milieu maternel, de la même façon que plus tard il subira les conséquences des causes hostiles fournies par le milieu externe. On ne pense à l'hérédité que lorsque, par son action propre et intime, la mère a exercé sur l'enfant un pouvoir assimilateur dont le résultat est constaté.

L'hérédité est une transmission de qualité : il y aura donc hérédité dans les faits accomplis pendant la vie intra-utérine, seulement si une suffisante similitude est constatée dans les phénomènes accusés par la mère et par l'enfant.

Mais comment séparer ce qui vient de la conception de ce qui vient des événements de la gestation ? La chose n'est pas toujours aisée, mais elle est fréquemment possible, ainsi que nous le verrons bientôt.

Je me contente, pour le moment, de distinguer deux groupes différents de faits de transmission accomplis pendant la grossesse.

Dans les uns, la mère fait passer à son enfant une qualité qui lui est inhérente et qu'elle possédait au moment de la conception. La mère, pendant la vie utérine, continue, complète et parfois renforce l'œuvre qu'elle a déjà commencée au moment de la conception. C'est ainsi que fait la mère scrofuleuse, tuberculeuse, syphilitique, etc. L'enfant étant formé avec un sang scrofuleux, étant enveloppé, pénétré par un dynamisme scrofuleux, il est tout simple que la qualité déjà donnée acquière plus de force et de fixité. Il se peut même que si, par suite de l'antagonisme du père, l'embryon a échappé à l'influence de la mère scrofuleuse au moment de la conception, celle-ci prenne ensuite sa revanche, parvienne à exercer son pouvoir assimilateur. La mère aurait donc un second moyen de marquer l'enfant à son empreinte, grâce à l'action continue qu'elle exerce sur lui pendant la gestation.

Une autre série de cas est constituée par les qualités similaires communiquées à l'enfant en conséquence des maladies survenues à la mère pendant la gestation. L'enfant étant un des organes de la mère, en ce sens qu'il est nourri par la substance de cette dernière, il est naturel qu'il sente à sa façon et à ses risques les émotions, les perturbations maternelles. De là, pour lui, des causes de mort, de vices de conformation, de maladies, de prédispositions. Il n'y a hérédité que lorsque quelque chose de semblable se trouvera du côté de la mère.

S'il existait des faits authentiques, ce que je ne crois pas, prouvant que l'émotion morale de la mère peut être exprimée, écrite sur le corps de l'enfant en caractères significatifs, je verrais là un trait rappelant l'hérédité. A mes yeux, et jusqu'à plus ample informé, les lésions observées qui dépendent de l'imagination maternelle n'ont rien de commun avec la nature de l'objet dont cette imagination a été préoccupée, mais dépendent exclusivement de l'espèce de perturbation vitale fortuite que l'émotion a provoquée.

Ceci dit en passant, j'arrive à des faits sur lesquels l'observation a prononcé. Une femme enceinte contracte la syphilis, la variole, la rougeole; ces maladies peuvent parfaitement passer à l'enfant lorsque son développement lui permet de les concevoir et de les réaliser. Est-ce là de l'hérédité? Oui certes, car la mère communique une chose semblable à celle qu'elle a. Toutefois, une communication pareille rentre dans l'étiologie ordinaire; il

est impossible de se tromper sur son mécanisme : c'est évidemment celui de la contagion. Il n'y a pas de différence essentielle entre la mère qui donne la syphilis, la variole, à l'enfant qu'elle porte dans son sein, et la mère qui donne ces maladies à son nouveau-né.

N'y a-t-il que les maladies décidément contagieuses qui puissent être ainsi transmises ? D'après certains auteurs, il faudrait en ajouter d'autres. Strack [1], Zimmermann [2], affirment avoir vu des cas où des mères dysentériques avaient mis au monde des enfants atteints de dysenterie. Fernel [3], racontant l'histoire d'un sujet tourmenté toute sa vie par des fièvres d'accès, attribue une telle prédisposition à la circonstance que la mère avait longuement souffert de cette maladie pendant sa grossesse. Ce sont là des cas rares. Peut-on les expliquer par la contagion ? Je n'y répugne pas, et j'appuie mon sentiment sur la nature et la multiplicité des rapports qui unissent la mère et l'enfant. Dans une situation pareille, un agent contagieux, même faible, rencontre des facilités qui lui permettent de produire son effet, ailleurs à peu près impossible.

Mais pourquoi des faits pareils ne sont-ils pas plus nombreux ? La raison en est simple. L'enfant est exposé, pendant toutes les périodes de la grossesse, à ressentir le contre-coup des maladies de la mère; mais pour qu'il reproduise ces maladies, certaines conditions sont indispensables : il faut que ses organes soient formés. Ce n'est donc qu'à l'époque voisine de sa maturité qu'il est capable de recevoir et de réaliser la plupart d'entre elles. Il n'en souffre pas moins. La mort, l'avortement, l'accouchement prématuré, ne sont que trop fréquents. L'enfant ne peut répéter parmi les maladies maternelles que celles qui présentent un caractère contagieux, et encore le peut-il seulement lorsque le principal de son organisation est achevé. Les maladies d'origine conceptionnelle doivent rencontrer aussi des obstacles à leur établissement, puisque presque toujours elles ne passent qu'à l'état de prédisposition. Voilà pourquoi les maladies de la mère et celles d'origine conceptionnelle sont si rarement transmises telles quelles.

Il résulte de ce qui précède qu'il existe une hérédité par cause

[1] Strack; *Tentamen medicum de dysenteria*, 1760, pag. 24.
[2] Zimmermann; *Traité de la dysenterie*, 1787, pag. 28.
[3] Fernel; *Universa medicina; De causis morborum*, cap. XI.

gestationnelle; mais cette hérédité doit être distinguée de l'autre. Les procédés de transmission, les indications thérapeutiques, diffèrent beaucoup et justifient la séparation que j'en fais.

Les accidents de la parturition dont l'enfant est la victime n'ont rien à voir avec l'hérédité. Les cas d'ophthalmie blennorrhagique contractée au passage et les faits analogues, ne sont pas une objection; ils rentrent dans l'étiologie commune. Les parties de la mère ne sont ici, comme tout autre corps pourrait l'être, que le réceptacle de l'agent malfaisant.

Tout le monde admet l'influence morbifique de l'allaitement, et l'on ne peut nier que, quand elle s'exerce de manière à amener un effet qui se retrouve dans la nourrice, il n'y ait là quelque chose d'héréditaire. La mère fortement lymphatique et surtout scrofuleuse, par exemple, qui nourrit, ajoute sans contredit au mal qu'elle a déjà pu faire au moment de la conception et pendant la grossesse. Distinguons ces cas des cas plus nombreux où l'allaitement, tout comme agirait une alimentation vicieuse, est suivi de conséquences dont l'équivalent n'existe pas dans la nourrice. A plus forte raison si le lait n'est qu'accidentellement mauvais. D'après cela, le pouvoir de transmission héréditaire par l'allaitement est faible, très-limité, et n'est appréciable que dans des circonstances particulières.

Nous avons vu l'action héréditaire très-puissante dans la conception. Cette action est alors double, avec fusion variable selon les degrés possibles de prédominance du père, de la mère. Les actions héréditaires subséquentes appartiennent exclusivement à la mère et sont tout autres dans leur nature et dans leurs procédés. Assez puissante encore pendant la gestation, on pourrait dire qu'elle s'efface complètement après la naissance, si un petit nombre de faits dont il faut rapporter l'origine à la lactation n'en reproduisaient encore quelques traces.

Il ne me paraît pas utile de revenir sur les lésions tératologiques et sur les maladies transmises avant la naissance. J'ai dit, ce me semble, le nécessaire sur ce qui les concerne. Je crois bon, au contraire, d'insister un peu sur les maladies qui sont transmises à l'état virtuel ou de prédisposition. C'est ce qui arrive le plus souvent, et quand, chose encore commune, l'explosion du mal n'est pas trop rapprochée de la naissance, on peut instituer un traitement prophylactique avec des chances de succès.

La prédisposition héréditaire a son équivalent dans l'un des ascendants ou dans les deux à la fois : dans le premier cas, la filiation est manifeste, et c'est là généralement ce qu'on appelle hérédité. Dans le second, la ressemblance est plus difficile à constater ; elle existe cependant. Beaucoup d'enfants reproduisent en même temps les traits de leur père et de leur mère; pourquoi ne reproduiraient-ils pas aussi leurs maladies ? Cette dernière possibilité est démontrée par des faits morbides où l'on reconnaît les deux empreintes réunies, et par exemple ceux où l'enfant reproduit la diathèse scrofuleuse de l'un et le tempérament nerveux de l'autre. Habituellement, chaque prédisposition se maintient telle quelle en progressant, et il survient deux maladies qui coexistent ou qui, plus souvent, se compliquent l'une l'autre. Il me paraît probable pourtant que, de la fusion des deux actions héréditaires, il puisse résulter une prédisposition aboutissant à une maladie différente de celle des parents. Cette différence, il s'en faut, n'exclut pas l'hérédité. Les maladies semblables ou diverses dont l'origine remonte à la conception, sont étiologiquement du même ordre. C'est dans les générateurs qu'il faut chercher l'indication prophylactique, c'est sur eux qu'il faut agir. L'indication prophylactique est la même, soit qu'on se propose de prévenir une goutte héréditaire, soit qu'on essaie d'empêcher les enfants d'un individu adonné à l'ivrognerie de naître idiots, épileptiques, etc. Il en est de même de ces prédispositions que j'ai appelées vagues, parce qu'elles sont constituées par un état d'infirmité vitale qui rend les sujets vulnérables vis-à-vis d'un grand nombre de provocations hostiles, et que transmettent à leurs enfants des parents hygiéniquement mal assortis.

La similitude qui révèle la filiation se trouve fréquemment derrière les diversités apparentes. C'est une prédisposition nerveuse aboutissant à une névrose dont la forme, le siége, sont différents; c'est une infirmité d'organe, ou bien une constitution faible qui sont transmises, mais les accidents de la vie de l'enfant leur ont donné d'autres conséquences. Dans tous ces faits, le lien héréditaire est très-appréciable.

Le tempérament de l'enfant est souvent le même que celui de ses générateurs. Si ce tempérament est exagéré, cela constitue une prédisposition, mais une prédisposition à des maladies qui diffèrent par leur nature, selon les circonstances ultérieures;

et si elles diffèrent effectivement, l'hérédité est affirmée par la similitude du tempérament.

En traitant la question de la transformation des maladies, j'ai donné les raisons qui me semblent militer en faveur d'un pareil changement quand il n'y a que prédisposition. Cette possibilité me paraît évidente dans les faits où un goutteux donne le jour à un graveleux, un fou à un épileptique, etc., et réciproquement.

La prédisposition, je l'ai dit plus haut, n'a pas toujours une marche fatale, et peut dévier de sa première direction. La raison, éclairée par l'expérience, admet que certaines prédispositions reçues par tel enfant sont susceptibles d'éprouver des modifications en rapport avec les qualités individuelles de cet enfant, et en rapport aussi avec les agents hygiéniques dont il subira plus tard l'influence. Il y a donc des hérédités dissimulées, pour le diagnostic desquelles il faut faire intervenir l'étude de l'influence comparée des trois facteurs qui coopèrent : les générateurs, l'enfant lui-même, et le milieu où ce dernier a vécu.

Quelles sont les prédispositions qui sont le plus souvent transmises ? On a pu aisément le prévoir; ce sont celles qui se rattachent à des qualités vitales ayant le plus de fixité, se montrant le plus constitutionnelles. Telles sont les prédispositions aux maladies diathésiques : phthisie tuberculeuse, scrofule, goutte, dartres, etc. On trouve partout des exemples de familles où l'une de ces maladies se continue par filiation et se propage aux autres familles avec lesquelles des alliances matrimoniales sont contractées. Il est inutile d'en citer. La plupart des cas observés de maladies diathésiques sont d'origine héréditaire. Ce fait seul suffirait pour prouver l'énergie, la fréquence de cet ordre de causes.

Les maladies affectives chroniques, qui d'ordinaire ne sont pas diathésiques, mais qui peuvent le devenir exceptionnellement, transmettent, dans ce dernier cas, la prédisposition avec presque autant de chances que les précédentes.

J'en dis autant des prédispositions qui viennent d'une constitution, d'un tempérament viciés. La transmission d'une infirmité d'organe est fréquente. Celle qui s'accompagne de la similitude de la maladie l'est moins, mais est très-possible : hérédité des lésions organiques du cœur, de la cataracte, etc.

Pour des raisons faciles à concevoir, la prédisposition aux maladies aiguës ne se transmet pas, quand la maladie aiguë dépend

principalement de provocations extérieures. Dans ce cas, la prédisposition disparaît avec la maladie. Celle-ci est, ou bien légère, ou bien grave. Légère, elle est constituée par une perturbation superficielle, sans racine transmissible ; grave et profonde, elle empêche les rapports conjugaux tant qu'elle existe.

Les prédispositions aux maladies aiguës peuvent être héréditaires, quand elles se rattachent à un vice permanent qui se conserve ou se reforme d'une façon intermittente. C'est ainsi qu'on explique la transmissibilité si souvent constatée de la prédisposition aux catarrhes aigus, à l'apoplexie, etc. Ces maladies se rapprochent des chroniques en ceci, qu'elles dépendent des progrès d'une déviation organico-vitale durable. La manifestation est aiguë, mais la cause interne ne l'est pas. Un individu traité par Caizergues, à l'hôpital Saint-Éloi, pour une pneumonie, lui affirma que cette maladie avait été observée depuis longtemps chez tous les mâles de sa famille. Avant de se prononcer sur la valeur de ce fait, il faudrait avoir sur les ascendants du sujet en question des renseignements plus certains et plus détaillés. Si cette enquête eût été possible, s'il en était résulté la certitude que la cause de ces pneumonies était interne et résidait dans l'imperfection d'un organe ou de l'ensemble, cette observation devrait être placée à côté de celles auxquelles je faisais allusion tout à l'heure.

Je me contente de rappeler que les maladies susceptibles de passer de la mère à l'enfant pendant la gestation, peuvent être aiguës : variole, rougeole, etc.

Une prédisposition héréditaire assez fortement établie modifie notablement dans leur évolution les maladies aiguës de l'individu qui en est le porteur. Celles-ci revêtent des caractères différents selon que le sujet est faible, vigoureux, lymphatique, pléthorique, nerveux, atteint d'une maladie diathésique, toutes qualités qui sont incontestablement héréditaires. En conséquence, la question de l'hérédité peut être d'une grande valeur, même pour les maladies dont la cause principale est extérieure.

Quelques prédispositions héréditaires aboutissent, quoi qu'on fasse, fatalement à la maladie et, chose remarquable, parfois à la même époque où l'ascendant en a été lui-même atteint. Alors le cachet de similitude est aussi fortement prononcé que possible. Mais beaucoup sont modifiées chemin faisant, de manière à rester toujours stationnaires ou même à disparaître complètement.

Cela dépend des qualités antagonistes de l'enfant liées à sa constitution propre; cela dépend surtout des modificateurs dont il a subi l'action. L'influence héréditaire a à lutter avec d'autres influences; et de même qu'étant bonne elle peut céder et disparaître, de même aussi, quand elle est mauvaise, elle peut s'atténuer et s'effacer quand les influences subséquentes s'exercent efficacement dans le sens de la conservation de la santé. A ce point de vue, il en est de l'hérédité physiologique comme de l'hérédité des biens. Selon l'usage que le nouveau possesseur en fait, il les conserve, les accroît ou les perd; la pauvreté se change en richesse et la richesse en pauvreté. La différence des résultats définitifs n'autorise donc pas à nier l'hérédité, et l'objection qu'en tirent quelques médecins contre la doctrine de l'hérédité morbide est loin d'être valable dans tous les cas.

§ III. **Diagnostic des prédispositions et des maladies héréditaires.**

Le diagnostic des *prédispositions héréditaires* se fait d'après les errements indiqués plus haut [1] et présente des difficultés parfois insurmontables, quand la prédisposition ne se manifeste par aucun phénomène. Le fait d'une maladie transmissible existant ou ayant existé chez les ascendants, est un avertissement significatif. Selon moi, les enfants de parents tuberculeux, scrofuleux, goutteux, etc., à plus forte raison s'ils sont syphilitiques, doivent être traités comme si la prédisposition était présente, lors même qu'on n'en observe aucun indice.

Les maladies héréditaires rentrent, quant au diagnostic, dans la règle commune; elles sont assez fréquemment larvées. Il suffit d'indiquer cette cause d'erreur [2].

Je m'arrêterai seulement sur l'étiologie considérée comme moyen de diagnostic.

S'agit-il d'une maladie dont la cause principale est intérieure, la possibilité d'une influence héréditaire doit être admise. Elle doit l'être encore pour les maladies dans lesquelles la prédisposition n'est pas nécessaire : blessures, intoxications, contagions, etc., quand leur évolution présente quelque chose d'anormal. Il se peut

1 Voir *Prédispositions.*

2 Voir *Maladies larvées.*

que la cause de l'irrégularité se trouve dans une qualité de tempérament, de constitution, léguée par les parents.

Il y a donc souvent utilité, nécessité de faire des investigations du côté des ascendants; si l'on constate des similitudes et même simplement des analogies, on en tire profit pour le diagnostic. Cette recherche est de rigueur quand la maladie est chronique et dépend visiblement d'une viciation de l'ensemble.

Une affection diathésique peut certainement être acquise, ce que font connaître les modificateurs spéciaux auxquels le sujet a été longtemps soumis. Mais les diathèses acquises sont l'exception. D'habitude elles sont héréditaires. Le diagnostic est-il embarrassé, c'est un trait de lumière que de savoir que telle diathèse a été observée chez les ascendants. Remonter jusqu'au père et la mère ne suffit pas; il faut aller plus haut, l'hérédité de la maladie pouvant être intermittente. Il faut aller à côté, car le fait pathologique similaire se trouve plus d'une fois dans les collatéraux : oncles, tantes, cousins.

Chercher à savoir si l'influence héréditaire date de la conception ou s'est formée après, n'est pas seulement une curiosité louable; cette appréciation intéresse la pratique. Les maladies issues de la conception sont, tout étant égal d'ailleurs, les plus tenaces; et comment instituer un traitement prophylactique dans l'intérêt des enfants à venir, si l'on ignore où et quand il faut porter le remède ?

Le fait héréditaire remonte à la conception pour tous les cas de lésion tératologique existant chez les ascendants. Cela est incontestable pour les lésions de ce genre qui viennent du père. Pourquoi n'en serait-il pas ainsi quand elles sont du fait de la mère? Héréditaires ou non, les lésions tératologiques ne peuvent venir que d'une conception imparfaite ou d'un événement survenu pendant la grossesse : maladie de l'embryon ou toute autre perturbation qui a altéré l'acte formateur. On n'a pas toujours les données suffisantes pour faire ce diagnostic différentiel.

Les prédispositions et les maladies qui procèdent du père ont exclusivement leur origine dans la conception. Pour celles qui procèdent de la mère, il faut admettre aussi l'influence assimilatrice exercée pendant la grossesse.

Les maladies que la femme enceinte contracte et qui passent au fœtus, sont étrangères à la conception.

Une prédisposition, une maladie, peuvent être héréditaires, et cependant rien de semblable ne s'est encore présenté chez les parents. Assez fréquemment ceux-ci n'ont cette maladie qu'un certain temps après l'enfant. A ce moment, le lien héréditaire se dévoile. Il est méconnu si les parents meurent d'une autre maladie, sans avoir rien offert qui permît de diagnostiquer la prédisposition dont ils étaient porteurs. Il est vrai de dire pourtant que les enfants engendrés avant l'apparition de la maladie de leurs parents sont moins exposés que ceux qui sont engendrés pendant l'évolution de cette maladie ou après.

Les qualités acquises se transmettent comme celles qui sont déjà héréditaires. Toutefois, en ce qui les concerne, les exceptions sont plus nombreuses. L'hérédité est d'autant plus probable qu'elle existe dans la famille depuis un plus grand nombre d'années; elle est à peu près certaine si les membres de cette famille se marient entre eux.

Fréquemment, on s'en souvient, la ressemblance entre les maladies des enfants et celle de leurs parents n'est pas apercevable du premier coup, il faut la chercher; l'hérédité est alors dissimulée. J'ai parlé des cas où ces maladies se présentent sous une forme larvée. L'expérience nous apprend quelles sont les formes morbides spéciales que peut revêtir une affection. L'enfant d'un sujet syphilitique meurt dans les convulsions; celui d'un dartreux est asthmatique, hystérique, etc.; celui d'un cancéreux est tourmenté par la névralgie, etc. Un moment peut venir où l'affection transmise se révèle en prenant ses caractères symptomatiques habituels. Ici, les maladies ne sont jamais semblables, mais elles ont évidemment des rapports d'affinité : ainsi, l'enfant d'une mère hystérique est fou, hypochondriaque, etc.; celui d'un rhumatisant est goutteux, etc. La filiation ne peut être niée; la reconnaître au début est fort utile.

La qualité transmise peut s'aggraver par suite des impulsions réunies venant de la conception, de la gestation, de l'allaitement: les parents, par exemple, n'ont qu'une simple prédisposition nerveuse, et les enfants sont sujets aux convulsions, ou bien sont épileptiques, hystériques. Le père et la mère ne sont que lymphatiques, et leurs enfants sont scrofuleux, etc.

Les cas inverses sont également possibles. Alors les modificateurs subséquents ont agi en sens contraire, et la qualité transmise

est atténuée. C'est ainsi que les enfants d'un aliéné, d'un épileptique, sont seulement atteints d'une irritabilité nerveuse qui, sans la reproduire, rappelle la maladie des parents. Un praticien attentif ne se laisse pas tromper et reconnaît l'hérédité. Un antagonisme puissant et soutenu peut amener un résultat encore plus significatif.

Pour que le diagnostic soit complet, il faut rapporter l'hérédité à son exacte origine ; à qui, du père ou de la mère, remonte la responsabilité? Faut-il les accuser tous les deux ? La réponse sera fournie par les ressemblances constatées entre les qualités des parents et celles de l'enfant. Très-fréquemment ces ressemblances sont assez accentuées pour qu'on ne s'y trompe pas. Il y a deux sortes de ressemblances : celles que le vulgaire apprécie, et qui comprennent les traits du visage, la taille, en un mot l'*habitus* extérieur; celles qui portent sur l'*habitus* intérieur : tempérament, constitution, idiosyncrasie, propensions vitales. Certainement l'une de ces ressemblances peut exister sans l'autre ; d'ordinaire pourtant elles vont ensemble; c'est ce qu'on observe chez les jumeaux. Louis Hoffmann (de Munster), seul parmi ses frères, ressemblait physiquement à sa mère; seul aussi il hérita de ses varices. Pelletan raconte un fait très-curieux en ce genre : Une femme qui s'était jadis exposée à la contagion de la syphilis, avait toujours joui d'une bonne santé; ses enfants naissaient syphilitiques et mouraient. Un seul échappa à la syphilis et à la mort : c'était une fille, dont la ressemblance avec le père était frappante. Il n'y a jamais eu de motifs pour croire celui-ci syphilitique ; a-t-il pris de sa femme une syphilis restée toujours latente, ou bien a-t-il échappé à la contagion? Cette dernière opinion est soutenable. L'action contagieuse, qui a été suffisante pour l'enfant, a pu ne pas l'être pour le mari.

Les vices d'origine conceptionnelle dont la similitude n'a existé qu'à la période tout à fait initiale, doivent être attribués à celui des conjoints dont la situation hygiénique laisse à désirer au point de vue de l'acte générateur, au mari par exemple, s'il est usé par les excès, par l'âge, etc. Il faudra les faire remonter à tous les deux, si l'on est autorisé à penser que l'infirmité, la maladie de l'enfant proviennent du fait d'un mariage consanguin : hydrocéphalie, idiotie, surdi-mutité, etc., qui apparaissent pour la première fois dans une famille.

On a été plus loin : on a voulu établir des règles touchant les qualités qui sont spécialement transmises d'une manière générale par le père ou par la mère. L'observation ne s'est pas prononcée suffisamment là-dessus. La question de l'apport normal du père et de la mère est encore à l'étude.

Grimaud, s'appuyant sur des données de physiologie hygide, et par conséquent insuffisantes, conjecture que, tout étant égal d'ailleurs, la mère transmet plutôt les maladies des systèmes lymphatique, nutritif, et que le père transmet celles du système sanguin et du système moteur. L'expérience clinique donne de fréquents démentis à une pareille loi.

Girou de Buzareingues conclut de ses expériences zoologiques[1] qu'il faut se préoccuper de la femelle quand il s'agit de la fécondité, de la taille, des formes du tronc, du bassin, en un mot de ce qui appartient à la vie intérieure, intime. C'est du mâle que viendraient les formes musculaires, les dimensions de la poitrine, la forme de la tête, celle des membres. L'un et l'autre concourraient avec une part égale à la formation du tempérament. Si l'on tirait de ces faits, en les supposant vrais, des déductions pathologiques, elles seraient prématurées.

Je crois devoir exposer quelques opinions qui se recommandent par la notoriété de leurs auteurs, mais qui sont loin d'être acceptées.

M. Richard (de Nancy) pense que la transmission des maladies scrofuleuses, tuberculeuses a plus de chances quand elle vient du père. « J'ai vu rarement, dit-il, les enfants nés de pères phthisiques échapper à la destruction des poumons ; et je compte, sur les notes que j'ai recueillies à cet égard, bien des sujets nés de mère phthisique qui ont déjà dépassé l'âge ordinaire du développement de la maladie[2]. »

Cullen, Pinel, ont remarqué que le père transmettait plutôt que la mère la scrofule aux enfants.

D'après Fodéré, le crétinisme passe surtout du père au fils.

Beaucoup de médecins avancent que les mères transmettent plus sûrement les névropathies. Cela serait prouvé, aux yeux

[1] Girou de Buzareingues ; *De la génération*. Paris, 1828, pag. 120.

[2] Richard (de Nancy) ; *Traité pratique des maladies des enfants*, 1839, Introduction, pag. XI.

d'Esquirol, pour la folie. Selon M. Baillarger, la folie de la mère est plus souvent héréditaire que celle du mari dans la proportion d'un tiers, et les filles y sont particulièrement exposées.

Ces opinions doivent être tenues pour vraies, mais uniquement dans le cercle de l'expérience des praticiens qui ont cru devoir les adopter. L'observation générale ne les a pas encore vérifiées. On ne donne pas à cette étude tout le soin désirable, et il serait bon de suivre l'exemple des médecins qui l'ont sérieusement entreprise.

L'utilité pratique des perfectionnements obtenus en ce genre s'offre d'elle-même à l'esprit. Les conséquences de ce progrès seraient multiples : moins d'obscurités dans le diagnostic des prédispositions apportées en naissant, et possibilité de les traiter en temps opportun ; connaissance de celui des conjoints qui est la source du mal, et indication de ce qu'il y a à faire dans l'intérêt des enfants à venir ; règles plus précises, plus certaines en ce qui concerne les alliances conjugales ; en un mot connaissance, y compris le choix du moment, des conditions favorables à l'engendrement de produits bien conformés et vierges de prédispositions.

Je ne me dissimule pas les difficultés nombreuses qui s'opposent à ce progrès, et surtout celles qu'il rencontrerait pour son application pratique. Les choses de cet ordre sont tellement intimes et délicates qu'elles ont dû être abandonnées aux volontés individuelles. Malgré leur importance sociale, le législateur ne peut les réglementer, et le médecin n'intervient que lorsqu'il est appelé, ce qui est l'exception. Toutefois la science a le droit de s'éclairer et d'ajouter tout ce qu'elle pourra à sa puissance bienfaisante. Elle tient cette puissance à la disposition des intéressés; si ceux-ci ne la consultent pas, la responsabilité des suites leur appartient tout entière.

Deux vérités encourageantes ne doivent pas être oubliées : 1° des mariages bien assortis peuvent défaire le mal que les alliances anti-hygiéniques ont fait dans les familles. Les bons mariages sont évidemment ceux dans lesquels, par des croisements intelligents, on obtient des antagonismes à l'encontre des qualités reconnues morbifiques. Au moyen de la sélection nous améliorons nos chiens, nos chevaux, nos animaux domestiques dans le sens de nos intérêts; pourquoi le même procédé ne serait-il pas également efficace en ce qui nous concerne ? 2° c'est une loi géné-

ralement admise aujourd'hui que, à conditions égales, la nature tend plutôt à l'élévation qu'à l'abaissement des races. Il y a toujours un ressort caché, prêt à agir pour ramener au type primitif et normal les populations, les familles qui s'en sont écartées. Avec le secours de modificateurs favorables et du temps, tout serait possible en ce genre à la médecine, si elle était suffisamment éclairée et obéie.

Je pourrais invoquer plusieurs faits à l'appui. Un instinct naturel s'oppose à l'union d'un nègre avec une blanche, et cette union est fréquemment improductive. Au contraire, l'union d'un blanc avec une négresse soulève moins de répugnances, s'observe plus souvent, et se montre presque toujours féconde. Cette différence dans les résultats prouverait seule la supériorité de la race blanche. Les mariages des métis donnent des produits qui retournent insensiblement au type de l'une des races primitives, et, chez l'homme, plutôt à la race blanche qu'à la noire. Les produits hybrides sont exceptionnels et ne sont possibles qu'en accouplant des espèces très-voisines. Ils sont généralement inféconds et leur génération finit par s'éteindre. Pour empêcher cette extinction, la femelle hybride doit être fécondée par un mâle de l'une des deux espèces, et alors c'est cette espèce qui reparaît. Tout ce qui est artificiel dans les races domestiques dites perfectionnées, au point de vue du parti que nous en tirons, et qui en réalité sont déchues, ne se maintient qu'avec des précautions infinies et en observant rigoureusement la pratique de la sélection. Malgré ces précautions, le type primitif reparaît de temps en temps, tant est grande la puissance qui tend à le ramener.

Mais cette puissance échoue contre des obstacles dont le plus grand est le mariage entre sujets qui sont tarés de la même manière. Les peuples en décadence ne se sauvent que par des alliances étrangères. Ceux qui, sans quitter le ciel sous lequel ils sont nés, se refusent à ce genre de renouvellement, sont condamnés à disparaître ; de même, les familles s'éteignent par suite de l'accroissement progressif des qualités mauvaises que transmet l'hérédité. Ainsi ont fini ces races appelées maudites, qui vivaient dans les mêmes lieux et dont les membres, objets de la crainte et du mépris des populations au milieu desquelles elles étaient parquées, étaient obligés de se marier entre eux : cagots des Pyrénées, vacqueros des Asturies, colliberts du bas Poitou, etc. ; ainsi diminue progres-

sivement par la dépopulation, le nombre des familles qui nous offrent encore des échantillons de la lèpre du moyen âge.

La pratique usitée dans l'élevage des bestiaux, et que les Anglais appellent *production en dedans*, donne des résultats analogues aux précédents. C'est l'union entre soi poussée à l'extrême, c'est la propagation par l'inceste : accouplement du père avec la fille, du frère avec la sœur, etc. On obtient ainsi des sujets dont le squelette, réduit à de minimes proportions, est recouvert de chairs abondantes, molles et tendres. L'espèce est dégradée, mais il y a profit pour la table. L'art consiste à ne pas pousser jusqu'à l'extrême, car la dégradation irait jusqu'à l'infécondité, jusqu'à la maladie et la mort.

Les effets désastreux, quant au type primitif de l'espèce, de la production en dedans, sont un argument contre les mariages consanguins. Je reconnais que ces mariages sont utiles dans certaines circonstances données, lorsque les parents ont une supériorité marquée sur les étrangers au point de vue des qualités vitales; mais dans les cas différents, qui sont les plus communs, les mariages consanguins exagèrent les mauvaises tendances d'une famille, fournissent des produits fréquemment défectueux. En somme, l'observation se prononce contre eux et, règle générale, ils ne doivent pas être encouragés par le médecin.

CHAPITRE II.

TEMPÉRAMENT. IDIOSYNCRASIE. CONSTITUTION.

Le *tempérament* est une forme spéciale, constante, des actions vitales dont la manifestation ordinaire est une prédominance fonctionnelle. Dans le *tempérament hygide*, cette prédominance s'arrête à la limite où elle deviendrait cause de perturbation, et l'harmonie de l'ensemble n'est pas dérangée. Le tempérament ainsi entendu ne doit pas figurer parmi les conditions favorables à la maladie. Toutefois, comme les meilleures choses, il a ses inconvénients, ses servitudes. Et, ainsi que l'a dit Hippocrate [1], une maladie qui n'est pas en rapport avec le tempérament du sujet est d'une exécution plus laborieuse. Cette étude, qui appartient à la

[1] Hippocrate; Aph. 34, sect. 2.

physiologie hygide et à l'hygiène, ne peut qu'être indiquée ici.

Je dois m'occuper des tempéraments inclinés vers la maladie. L'équilibre n'est pas rompu, mais il tend à se rompre. C'est quelque chose d'analogue à ce qui se passe dans les intervalles de latence d'une maladie diathésique.

ARTICLE PREMIER. — TEMPÉRAMENTS MORBIFIQUES.

Je ne puis dire le chiffre des *tempéraments morbifiques*, tant ils sont nombreux. On le comprendra sans peine, si je fais observer qu'ils sont constitués par des exagérations, des déviations, des associations à tous les degrés possibles. L'action incessamment successive des hérédités croisées, des milieux changeants, amène en ce genre des variantes infinies. Je choisirai dans le nombre ce qui, ayant la forme la plus arrêtée, pourra servir de type. Je m'attacherai à ce qui s'offre le plus habituellement dans l'état actuel de notre société. Chaque époque a des tempéraments hygides, des tempéraments morbifiques particuliers.

Pour mettre de l'ordre dans mon exposition, je diviserai les prédispositions venant du tempérament selon qu'elles sont constituées par l'*excès*, par le *défaut*, ou par la *déviation* d'un tempérament hygide. Je prends comme point de départ la classification classique des tempéraments en *sanguin*, *lymphatique*, *bilieux*, *nerveux*. Elle est, sans contredit, la moins mauvaise de toutes.

Le tempérament sanguin exagéré prend l'épithète de *pléthorique*. La pléthore n'est pas une maladie, mais une prédisposition. La pléthore, disait Stahl, est la racine qui nourrit presque toutes les branches de la pathologie. C'était trop dire, mais la pléthore était plus fréquente alors qu'aujourd'hui. Elle n'est pas encore rare, et on la reconnaît aux traits suivants : rougeur et sorte de turgescence de la face (symptôme moins significatif quand la peau est fine et transparente) ; pouls habituellement fort, résistant ; bouffées de chaleur vers la tête après une excitation même légère ; grand développement de l'appareil artériel et énergie de son action ; plasticité remarquable du sang. Les indispositions provenant de ce genre de tempérament sont constituées par un état d'orgasme vasculaire avec vertiges, céphalalgie gravative, tintements d'oreille, sommeil lourd, entrecoupé de rêves fatigants. Ces indispositions trouvent

leur fin la plus naturelle dans les évacuations sanguines, spontanées ou artificielles.

Ce tempérament mène aux fluxions sanguines, à l'hypertrophie du cœur gauche, à la fièvre inflammatoire, aux phlegmasies franches.

Un tempérament pareil a cessé d'être hygide. Il dérive visiblement du tempérament sanguin, et diffère de lui autant qu'une prédisposition diffère de la santé complète.

Je disais tout à l'heure que les tempéraments pléthoriques diminuaient de nombre. Cela s'explique par les changements survenus dans nos mœurs, dans nos habitudes, depuis que la vie intellectuelle et morale s'est développée parmi nous avec tous ses excès. L'énergie vasculaire s'efface progressivement, et va parfois jusqu'à l'appauvrissement complet. Il en résulte alors l'état opposé à la pléthore, qui est l'*anémie*. L'anémie peut être passagère, mais on rencontre des sujets chez qui elle prend une fixité telle qu'elle mérite d'être appelée tempérament : c'est le tempérament anémique.

L'*anémie* héréditaire persiste, si le sujet est soustrait aux modificateurs qui en sont le remède. C'est l'état habituel de beaucoup de personnes longtemps enfermées, insuffisamment nourries. On l'observe chez les mineurs de profession. Elle est la conséquence de plusieurs maladies qui ont longtemps duré : fièvres d'accès, intoxications saturnines. Les grandes hémorrhagies sont suivies d'un pareil résultat longtemps persistant, et qui ne disparaît pas toujours entièrement. Certains enfants qui ont perdu beaucoup de sang en naissant, restent notablement anémiques toute leur vie.

L'anémie se reconnaît aux caractères suivants, qui sont plus ou moins prononcés; certains peuvent manquer. Je les énumère tels qu'ils se trouvent dans les cas fortement accentués :

Blancheur de la peau allant vers celle de la cire; effacement des veines; décoloration des muqueuses; gracilité du pouls; bruits de souffle ou de diable dans les grosses artères; diminution de la plasticité du sang; langueur des forces et des fonctions, etc.

L'anémie dispose à un grand nombre de maladies, dont les principales sont l'hydropisie, l'hémorrhagie dite passive, la chlorose, l'hystérie. Elle est fréquemment une source de complications.

Quel nom donner au tempérament *lymphatique* exagéré ? L'ap-

peler *scrofuleux*, comme le font quelques auteurs, serait inexact, car à l'exemple du tempérament anémique il dispose, mais moins énergiquement, à bien d'autres maladies, aux catarrhes surtout, ainsi qu'à toutes les maladies par asthénie sanguine. Qu'importe le nom. Chacun est à même de distinguer le tempérament lymphatique, compatible avec une bonne santé, de celui qui par son accroissement révèle une rupture de l'équilibre : amoindrissement notable de l'hématose au profit des tissus et des sucs blancs, qui sont produits d'une façon luxuriante ; mollesse, pâleur des chairs ; pouls lent et dépressible ; évolution laborieuse des maladies les plus légères; tendance à la chronicité des fluxions, des engorgements, des phlegmasies. On peut dire que les solides et les liquides restent en deçà du degré d'animalisation souhaitable. Huxham exprimait cette pensée dans la phrase suivante : *Neque a natura animali quantum sufficit participant.* Combien ne rencontre-t-on pas de ces individus dans les quartiers bas, dans les usines des grandes villes, dans les gorges étroites et profondes, partout enfin où manquent le soleil et une nourriture substantielle ? Ils ne sont pas malades, mais ils appartiennent à peu près sûrement à la maladie, si on ne les soumet pas à temps à l'influence bienfaisante d'un milieu nouveau.

Le mot tempérament *névropathique* me paraît convenir à la désignation du tempérament nerveux exagéré. Ici la sensibilité exubérante est blessée par un stimulus d'une énergie médiocre; la faculté motrice est également prompte à entrer en action : de là, des douleurs, des spasmes presque continuels. La vie de ces sujets est traversée par des agitations, des indispositions sans cesse renaissantes. Le pouls est dur et manque d'ampleur. L'influence du moral sur le vital est excessive et s'exprime par des irrégularités fonctionnelles survenant après une émotion, par des jugements plutôt fondés sur la nature des sensations mobiles du sujet que sur sa raison, ce qui amène des aberrations d'esprit, des contradictions. Plusieurs hommes de lettres, plusieurs artistes, offrent ce spectacle, et leur genre de vie augmentant la prépondérance du système nerveux accroît les défauts de leur tempérament.

Les conditions anatomiques des modes divers d'activité nerveuse étant peu appréciables surtout pendant la vie, il en résulte que pour ce diagnostic il faut accorder peu de confiance aux apparences organiques. Le tempérament dont je parle s'accommode

aussi bien avec la maigreur qu'avec l'embonpoint. Il s'allie volontiers avec les autres tempéraments, sauf pourtant avec le tempérament pléthorique, qui est son antagoniste. On peut l'observer à tout âge. Les professions à travail mécanique, la vie en plein air, sont des préservatifs, trop souvent impuissants, contre l'hérédité et les autres influences énergiques agissant en sens inverse. Or celles-ci prenant un développement de plus en plus grand à la suite du changement qui s'est accompli dans les mœurs modernes, il en résulte que le tempérament nerveux n'est plus une exception aussi rare parmi les paysans et les ouvriers.

Appellerons-nous *cholérique*, de χολή, bile, l'exagération du tempérament *bilieux?* L'important est de distinguer le tempérament bilieux hygide de celui qui conduit insensiblement à la maladie. Les traits de ce dernier, quand il est fortement prononcé, sont les suivants : maigreur, couleur olivâtre de la peau, sclérotiques jaunes, évacuations alvines rares et dures, goût de bile à la bouche, surtout le matin lorsque le sujet est encore à jeun, et parfois régurgitations bilieuses. Les personnes qui ont ce tempérament se portent mieux en hiver qu'en été, et les maladies de l'été sont celles qu'elles contractent le plus aisément. Il domine dans les pays chauds et s'efface progressivement à mesure qu'on s'avance vers les latitudes froides, où il devient une minime exception. Dans le tempérament bilieux il y a sans doute suractivité du foie, mais il y a aussi production surabondante des matériaux chimiques dont cet organe a besoin. Ce serait donc se tromper que de placer dans le foie seul la raison d'être de ce tempérament.

Les tempéraments morbifiques suivants sont moins réductibles à l'un ou à l'autre des quatre tempéraments classiques. On peut les considérer comme en étant des déviations.

Le tempérament *athlétique* est caractérisé par l'aptitude innée ou acquise à produire en abondance du tissu rouge, fibrineux. Quelques médecins l'appellent tempérament *musculaire*. Les muscles contiennent très-peu de graisse, et sont plus remarquables par leur énergie contractile que par leur volume; aussi ce tempérament va-t-il plutôt avec la maigreur qu'avec l'embonpoint. L'excès d'énergie musculaire n'est pas, il s'en faut, une garantie de vigueur vitale. La chimie a prouvé que le sang des athlètes n'était pas riche

en parties solides et plastiques, et il est d'expérience que les sujets physiquement forts sont faibles devant la maladie. Les forces radicales font habituellement défaut chez eux ; de là, le danger des évacuations sanguines, d'une diète sévère; de là, la facilité avec laquelle les maladies des athlètes se compliquent d'accidents ataxo-adynamiques, malgré l'apparence sthénique des symptômes du début. Le tempérament athlétique me semble être une déviation du tempérament sanguin.

Le tempérament *obèse* est une déviation du lympathique. L'excès du tissu adipeux est une véritable infirmité. Ce tempérament peut être inné, mais le plus souvent son établissement est favorisé par l'abus des aliments féculents, du sommeil, du repos. Le tissu graisseux est peu animalisé, et lorsqu'il est produit aux dépens des parties plus vivantes, plus importantes, cela révèle une infériorité relative de l'action vitale. Tout le monde sait que les sujets obèses fournissent rarement une longue carrière. Bordeu[1] parle d'un individu monstrueusement gras et qui a vécu jusqu'à 84 ans. La maladie dont il mourut provenait de son obésité : ce fut un dévoiement copieux et colliquatif dont la matière était manifestement graisseuse. En peu de temps il devint un squelette enveloppé d'une peau tellement ample qu'elle pouvait faire le tour de chaque membre. Les maladies des individus obèses manquent de franchise, sont embarrassées, et se compliquent d'accidents graves. D'après Hippocrate, ceux qui sont très-gras sont fréquemment frappés d'une mort imprévue, et périssent plus facilement que les maigres. Les sujets gras, dit Boerhaave, sont plus exposés à mourir de leurs maladies. Les fièvres aiguës sont chez eux plus dangereuses que chez les autres. L'accumulation de la graisse autour du cœur est parfois telle que le jeu de l'organe est gêné; de là, des difficultés dans l'acte circulatoire et l'hydropisie. Les femmes obèses sont généralement stériles.

De même que le tempérament nerveux est constitué par un manque de stabilité qui permet à l'action nerveuse de se concentrer vicieusement sur un point, ainsi le tempérament que j'appelle *fluxionnaire* est celui qui présente une pareille mobilité du côté de

[1] Bordeu; *Analyse médicale du sang*, pag. 968 et 973.

l'appareil vasculaire sanguin. Le trait caractéristique de ce tempérament est la facilité avec laquelle se forment les fluxions, sous l'influence de provocations qui chez d'autres sujets n'ont pas un semblable résultat. La fluxion implique une lésion préalable de la sensibilité. Quelque chose doit attirer le sang, puisqu'il se porte dans un lieu plutôt que dans un autre ; mais il faut aussi que les agents de la circulation soient disposés à répondre à cet appel, sans quoi tout se bornerait, comme dans tant d'autres circonstances, à un trouble de la sensibilité. Il y a de plus une lésion de la motilité vasculaire. Celle-ci, avant sa manifestation, ne s'exprime au dehors, comme la mobilité nerveuse, par aucun caractère organique précis ; c'est *à posteriori* que l'on reconnaît une semblable prédisposition. Toutefois elle se rencontre plus souvent chez les sujets sanguins nerveux ou chez les sanguins lymphatiques. L'organe spécial de cette prédisposition est le système capillaire. Est-il anatomiquement ou chimiquement altéré? Cela est probable, mais jusqu'à présent l'observation n'a rien appris sur ce point.

L'étude clinique du tempérament dont je parle permet de le diviser en deux, suffisamment prononcés et assez fréquents pour intéresser le praticien. Selon que la fluxion tend à aboutir à l'écoulement du sang ou bien à la phlegmasie, nous avons le tempérament *fluxionnaire hémorrhagipare* et le tempérament *fluxionnaire phlegmasipare*.

Je voudrais pouvoir étudier la fluxion dans les humeurs autres que le sang ; mais les faits, par leur pénurie et par leur manque de précision, ne permettent pas de faire un travail de ce genre qui puisse figurer dans un traité de pathologie générale.

Le *tempérament fluxionnaire hémorrhagipare* consiste dans la prédisposition qui conduit à la maladie appelée maintenant *diathèse hémorrhagique* ou *hémorrhaphylie*. Jusqu'à présent l'hérédité est l'indice le plus sûr de sa présence. Ce qu'on a ajouté n'est vrai que pour quelques observations et ne peut servir pour la généralité des cas. Je dois indiquer ces opinions particulières, à cause de l'importance pratique du sujet.

Stahl assure que cette prédisposition aux hémorrhagies n'est autre que le tempérament *mélancolico-sanguin*. M. Lordat[1] est, je crois, dans le vrai quand il pense que la diathèse hémorrha-

[1] Lordat; *Traité des hémorrhagies*, 1808, pag. 179.

gique peut exister chez des individus primitivement doués de l'un ou de l'autre des tempéraments classiques. Huxham a parlé d'une complexion particulière, tendre et délicate, où l'on a, dit-il, plus d'esprit que de forces, où l'on est également disposé aux hémorrhagies et aux maladies par consomption. Ce signalement est trop vague pour pourvoir servir. M. Dequevauviliers est plus explicite, et voici les caractères qu'il indique: la peau est fine et mate; la couche de tissu cellulaire sous-cutané est mince, sèche, et ne contient pas de graisse; les muscles sont flasques et peu développés; les sclérotiques translucides laissent apercevoir la couleur noire de la choroïde ; le sujet a fréquemment des épistaxis ou bien des flux hémorrhoïdaires; les chocs les plus légers sont suivis de larges ecchymoses.

Willis et M. Lordat[1] ont observé des cas de diathèse hémorrhagique confirmée, dans lesquels le pouls présentait une vibrance particulière. Il est permis de penser que ce caractère du pouls devait exister à un moindre degré, sans doute, à l'époque qui a précédé la maladie.

Enfin, M. Lordat[2] signale la faculté de développer de l'électricité portée à un point remarquable.

Derrière la variété des témoignages que je viens de reproduire, un fait semble surgir qui les relierait tous: c'est une exaltation vicieuse de la sensibilité et de la motilité capillaires. La prédisposition dont je parle serait-elle une forme spéciale du tempérament nerveux? Tout cela est à vérifier; mais, en l'état, le traitement de la prédisposition à l'hémorrhaphylie ne me semble pas devoir différer de celui du tempérament nerveux lui-même.

Le *tempérament fluxionnaire phlegmasipare* ne doit pas être confondu avec le tempérament pléthorique, lequel, comme on l'a vu, est une condition favorable à certaines phlegmasies. Le tempérament dont je parle n'a rien des traits de la pléthore et peut même coexister avec l'état opposé à la pléthore. On l'observe plus souvent chez les individus lymphatiques que chez les autres. On y trouve, comme dans l'hémorrhagipare, de la faiblesse et de l'irritabilité ; mais pourquoi dans un cas la fluxion aboutit-elle à l'hémorrhagie et dans l'autre cas à la phlegmasie? La raison organico-vitale en est encore inconnue.

[1] Lordat; *Traité des hémorrhagies*, 1808, pag. 185.

[2] Ibid., *loc. cit.*, 1808, pag. 186.

Le tempérament *fluxionnaire phlegmasipare* est moins dangereux que l'hémorrhagipare, par suite de la différence des maladies auxquelles ils correspondent. L'une est une maladie affective, une diathèse redoutable, susceptible de prendre une croissance spontanée, et dans laquelle les hémorrhagies peuvent avoir lieu sans aucune provocation. L'autre est une manière vicieuse de sentir certains stimulus, de réaliser certaines réactions morbides. Il suffit de mettre le sujet à l'abri du traumatisme, pour que sa santé ne laisse rien à désirer.

Les faits de ce dernier genre ont attiré l'attention des chirurgiens, qui les ont réunis sous l'étiquette de *vulnérabilité*. Le degré de vulnérabilité du sujet devrait pouvoir être apprécié autant que possible avant d'entreprendre une opération quelconque, car il influe puissamment sur les résultats.

Les plus petites plaies, chez certains individus, au lieu de se réunir par première intention, s'enflamment, suppurent. Ces conséquences sont plus ou moins graves pour les plaies qui offrent une grande étendue. Certains sujets témoignent, à propos des opérations, des intolérances auxquelles le chirurgien ne s'attendait pas et qui le déconcertent. Tous les oculistes savent, par une triste expérience, qu'il y a des personnes dont les yeux ne peuvent être opérés qu'avec des précautions extrêmes.

Samuel Cooper a étudié ces phénomènes de vulnérabilité traumatique, et a cherché les traits au moyen desquels il était permis de les prévoir. Voici ce qu'ils seraient, d'après le résultat de ses observations : téguments extrêmement fins et doux, avec un poli rougeâtre; joues présentant un réseau capillaire finement dessiné et habituellement injecté. L'oculiste Beer ajoute que les visages de pareils sujets deviennent d'un rouge intense à la suite des émotions morales excitantes; que la moindre peur, au contraire, les fait pâlir considérablement; que leur peau devient érythémateuse au contact de substances faiblement irritantes et même simplement d'un corps gras. Je ne crois pas que ces remarques puissent être érigées en règles générales. Il est malheureusement vrai que les chirurgiens ne sont pas bien renseignés sur ce point, car la vulnérabilité en question est pour eux presque toujours imprévue quand le sujet subit pour la première fois l'épreuve du traumatisme.

Dans les cas où une première épreuve en a signalé la présence, on doit, autant que possible, s'abstenir de toute opération, et si

l'opération est absolument nécessaire, plusieurs précautions ont été recommandées : emploi de l'opium ; vésicatoire placé dans une partie éloignée du lieu où l'opération doit se faire ; frictions exécutées assidûment ; purgations, etc.

Il me paraît probable qu'il existe dans le tempérament fluxionnaire phlegmasipare, comme dans le précédent, une irritabilité dont le réseau capillaire est le siége principal, et que le traitement déjà indiqué pourrait être utile.

La prédisposition dont je parle étant permanente doit être distinguée des prédispositions analogues qui sont accidentelles, transitoires, et qui dépendent de causes variables, externes ou internes. Je fais maintenant allusion aux scènes morbides connues sous le nom d'infection purulente.

Ne la confondons pas non plus avec cette prédisposition locale, naturelle aux tissus de nouvelle formation, le tissu cicatriciel, par exemple, et qui rend précaires les opérations dont ces tissus sont le siége. Si, attaqués par le bistouri, ils s'enflamment et suppurent, cela provient de l'infériorité relative de leurs qualités vitales. Il faut donc faire la part possible à ces mauvaises chances, lorsqu'on veut, au moyen d'une entreprise chirurgicale, régulariser une cicatrice vicieuse.

Je ne prétends pas, il s'en faut, avoir épuisé le sujet si important des tempéraments morbifiques ; leurs variantes sont infinies. J'ai dû me contenter d'en signaler quelques-uns qui, à titres divers, m'ont paru les plus intéressants.

ARTICLE II. — IDIOSYNCRASIE.

L'*idiosyncrasie* est, comme le tempérament, une forme d'action vitale, mais une forme encore plus spécialisée, puisque c'est celle qui distingue tel individu de tous les autres. Nous sommes tous les mêmes, au point de vue des qualités fondamentales qui constituent l'espèce. Nous ressemblons par les autres qualités aux individus de notre race, de notre nation, de notre famille, de notre tempérament ; mais l'association et les variantes de ces caractères étant d'un mode infini, la ressemblance ne va jamais jusqu'à l'identité. Chacun de nous est soi et diffère de celui qui lui est le plus semblable. Cette individualité vitale, irréductible à aucune autre, constitue l'idiosyncrasie. Ce sera, si l'on veut, une manière toute par-

ticulière d'être sanguin, lymphatique, nerveux, etc. Des nuances pareilles échappent à toute systématisation. Leur appréciation à l'aide des documents généraux est affaire de pratique. Cette appréciation exige une connaissance aussi complète que possible des anamnestiques hygides ou pathologiques. Elle réclame un temps assez long. C'est pourquoi le médecin ordinaire a un avantage considérable sur le nouveau venu.

Les différences présentées par un sujet, quand on le compare avec ses semblables, ne sont pas toujours des nuances. Assez fréquemment il arrive que ce sujet se distingue par une qualité singulière, accentuée, qui le met tout à fait à part. Des cas de cet ordre ont naturellement frappé l'attention, et ce sont eux que dans le langage habituel on appelle idiosyncrasiques. Ces *idiosyncrasies excentriques* ne doivent pas faire perdre de vue les précédentes, car elles sont exceptionnelles, et les autres sont aussi nombreuses que les sujets eux-mêmes.

Le lecteur comprend que par *idiosyncrasie excentrique* j'entends certains modes de sentir et de réagir contraires à ce qui se passe habituellement. C'est une substance à bon droit jugée innocente, qui est un poison chez tel individu. C'est un poison, au contraire, qui est parfaitement toléré par tel autre. Les exemples de ces bizarreries sont partout.

Ces faits ne sont pas idiosyncrasiques lorsqu'ils s'expliquent par l'influence de l'imagination, lorsqu'ils dépendent d'un état accidentel de la sensibilité, de l'irritabilité.

L'idiosyncrasie excentrique est essentiellement vitale, mystérieuse ; on ne peut la rattacher à aucun tempérament, car elle est compatible avec chacun d'eux. Pour justifier son nom d'idiosyncrasie, il faut qu'elle soit observée sur un sujet bien portant ou malade, au moins pendant une période de son existence. J'ai vu de ces idiosyncrasies notablement diminuées et même disparaissant avec l'âge.

On doit évidemment tenir compte de ces bizarreries, et par conséquent les connaître avant de donner des conseils à celui qui les présente. Quand il s'agit d'une sensibilité exaltée à l'égard de tel aliment, de tel médicament, il serait facile, je crois, de les faire cesser à l'aide de petites doses progressivement croissantes du médicament, de l'aliment en question. D'ordinaire, on ne prend pas cette peine et l'on se contente d'en supprimer l'emploi.

ARTICLE III. — CONSTITUTION.

Les tempéraments sont des formes spéciales de la vie différant entre elles par la qualité. La *constitution* ne comprend qu'une idée, la somme des forces. C'est le plus ou moins de force qui fait la constitution. Il faut s'entendre sur le sens à donner au mot force; pour cela, voyons ce que doit être une bonne constitution.

On a une bonne constitution quand on possède la vigueur et la souplesse désirables pour conserver longtemps la vie, pour résister aux provocations nuisibles, pour mener à bien les maladies. La bonne constitution répond assez bien à l'expression vulgaire: avoir la vie dure. L'énergie ne suffit pas, il faut encore un bon emploi de cette énergie, une appropriation, une mesure. L'énergie qui, provoquée ou non provoquée, est susceptible d'aller jusqu'à la violence, est une chose fâcheuse qui gâte une constitution. Ce n'est donc pas une bonne constitution que celle qui dispose aux maladies aiguës, aux phlegmasies, aux réactions violentes. On a beau avoir des forces, si on les dépense sans utilité on est bientôt pauvre, absolument comme le riche qui prodigue son argent.

Il est maintenant aisé de définir la mauvaise constitution ; c'est l'absence ou le mauvais emploi du *robur vital*.

En résumé, le degré de puissance de la faculté conservatrice et médicatrice est la mesure de la constitution.

Ces idées sont implicitement contenues dans la phrase suivante: « Les tempéraments qui se ressentent violemment et promptement des moindres fautes, je les regarde comme plus faibles que ceux qui ne s'en ressentent point. L'état le plus prochain de cette faiblesse de tempérament est celui de maladie [1].»

Tout le monde sait qu'il n'y a pas de bonne constitution qui puisse résister à certaines causes puissantes: poison, infection, contagion, traumatisme. Il suffit que le sujet ne révèle aucune prédisposition capable de mettre en jeu une susceptibilité morbide exagérée, de faire naître une complication.

Le sujet peut ne pas aller jusque-là, et présenter pourtant quelque chose de la bonne constitution: un goutteux, un rhumatisant, un tuberculeux, etc., résistent longtemps à leur maladie,

[1] Hippocrate ; *De l'ancienne médecine*, § 10.

grâce à la force de leur constitution. L'organisme est vicié, il n'en a pas moins une forte viabilité.

Ici apparaît la nécessité de distinguer ce qui appartient aux forces, de ce qui appartient au tempérament morbide, à la maladie. Cette maladie, ce tempérament, quand ils proviennent d'une cause interne, sont un témoignage incontestable d'une infériorité vitale ; mais à côté de cela, les forces peuvent être bonnes et permettre la prolongation de l'existence.

La constitution plus ou moins heureuse, plus ou moins fâcheuse, coexiste avec un tempérament quelconque. L'excès du tempérament est une première atteinte portée à la constitution. Le pire de tout, c'est d'avoir tout à la fois un mauvais tempérament et une mauvaise constitution.

Chacun de nous reçoit, en naissant, une aptitude à vivre d'une certaine façon, laquelle, à moins d'obstacle puissant venant des modificateurs, sera son tempérament. Il reçoit de plus un capital de vie qu'il doit faire durer et accroître. Ceci est la constitution.

Plusieurs cas principaux peuvent se présenter. Le capital est trop faible pour suffire longtemps ; pour si bien qu'on fasse, il est impossible d'y rien ajouter, et la mort est inévitable. Voilà certes une constitution essentiellement vicieuse. Ce capital pourrait être conservé et même augmenté; mais par incurie ou mauvais emploi des moyens, le sujet ne fait pas ce qu'il faut faire, et le résultat est accidentellement, mais non plus nécessairement, le même que le précédent. Le capital est considérable, et bien que les recettes ne soient pas tout ce qu'elles pourraient être, la vie dure plus longtemps, mais elle ne fournira pas une longue carrière si les recettes sont de moins en moins en rapport avec la dépense. Enfin, par suite d'une bonne hygiène le capital suit un mouvement ascendant; alors les chances de durée sont les plus nombreuses; la vie a un long avenir, et ne peut être arrêtée que par l'effet d'une de ces causes extérieures contre lesquelles il n'y a pas de protection possible.

Les événements si divers de la vie extra-utérine peuvent donc modifier dans un sens défavorable une bonne constitution innée, ou bien améliorer une constitution primitivement défectueuse. La gestion du capital représenté par la constitution est certes chose fort importante, mais moins importante que le genre de ce capital lui-même. Il en est, en effet, qui peuvent s'accroître, d'autres qui

n'en sont point susceptibles et sont radicalement mauvais, incapables d'amélioration.

Il y a par conséquent, dans la constitution, une partie qui ne dépend pas de nous, que nous subissons fatalement, et une autre partie pour laquelle nous pouvons beaucoup. Connaître son avoir et opérer convenablement sur lui, voilà la difficulté. On peut perdre et refaire sa fortune; la constitution est autrement difficile à rétablir.

A tous les moments de l'existence, la vie peut être ébranlée si elle est fortement attaquée. Mais il y a deux époques surtout où il est naturel qu'elle soit plus vulnérable : la première enfance et l'extrême vieillesse.

Chez l'enfant naissant, la vie est encore nouvelle et manque de fixité, faute d'une assuétude suffisante. En outre, c'est un temps d'épreuve, de crise, c'est une véritable acclimatation avec ses mauvaises chances. La constitution de l'enfant nouveau-né est donc imparfaite; elle s'améliore tous les jours, les circonstances étant supposées favorables, mais n'atteint son complet développement qu'à l'époque de l'âge adulte. Elle commence à s'altérer au moment de la décadence, et cette marche en sens inverse va croissant jusqu'à la décrépitude. Ces mouvements ascendant et descendant sont normaux; ils n'intéressent le pathologiste que tout autant que la faiblesse de la constitution de l'enfant et du vieillard sont au-dessous de la règle.

Une constitution irréprochable comprend deux choses : 1° résistance aux causes provocatrices morbifiques, neutralisation de leurs effets sans sortir de l'état hygide; 2° pouvoir d'amener à bien la maladie quand elle a été inévitable.

La résistance dont je viens de parler doit être distinguée de la tolérance. Il y a des tolérances qu'il faut attribuer à un affaiblissement, à une perversion de la sensibilité, de l'irritabilité normales. La bonne constitution suppose l'intégrité des fonctions, une énergie déployée par la faculté conservatrice et médicatrice. Les avantages qui, provenant de circonstances particulières, sont accidentels, fortuits, ne peuvent être confondus avec ceux dont je m'occupe actuellement.

Ces derniers sont, ai-je dit, le pouvoir de résister aux causes morbifiques et celui de concevoir et d'exécuter les actes morbides de manière à obtenir une solution satisfaisante de la maladie.

Plusieurs sujets n'ont que l'un ou l'autre de ces priviléges, et ne possèdent, par conséquent, qu'une partie de la bonne constitution.

Les uns s'exposent impunément aux causes provocatrices hostiles. Ils sont rarement malades, mais leur faiblesse se montre quand ils sont atteints par les maladies. Celles-ci sont, chez eux, graves et fréquemment mortelles.

Les autres, au contraire, cèdent aisément aux influences malfaisantes, mais leurs maladies sont relativement bénignes, ou bien ils déploient contre les maladies dangereuses de puissantes ressources médicatrices.

L'immunité des premiers à l'égard des causes morbifiques s'explique par une bonne situation des forces dites *agissantes*. On appelle ainsi à Montpellier celles qui sont actuellement employées pour l'accomplissement des fonctions. On conçoit sans peine qu'une fonction fortement engagée et exécutée tende à se maintenir et se maintienne en effet contre les actions divellentes. Mais pourquoi y a-t-il faiblesse lorsque l'heure de la maladie est venue? Parce qu'il y a défaut de forces *radicales*. Nous entendons par là les forces accumulées, qui sont *in posse* et qui doivent servir pour les actions à venir. C'est le capital dont je parlais tout à l'heure. La maladie exigeant une dépense bien supérieure à celle que réclame la fonction hygide, ce capital, s'il est peu considérable, s'épuise bientôt; de là, décadence et ruine.

Le pouvoir de résister à la maladie implique des forces radicales abondantes et il coexiste souvent avec l'imperfection des forces agissantes, c'est-à-dire avec la susceptibilité morbide. Plusieurs personnes présentent ce singulier contraste d'une grande facilité à devenir malades et d'une habileté remarquable dans la réalisation de la maladie: d'un côté déchéance, de l'autre supériorité. Ces personnes, quoique habituellement souffrantes, vivent longtemps, preuve manifeste de leur richesse vitale. Les apparences sont pourtant contraires à un tel résultat, car leur organisme paraît frêle et leur fonctionnement laisse à désirer. On dit généralement qu'elles ont une constitution délicate. La délicatesse de la constitution peut donc se concilier avec un *robur* réel qui se manifeste par la durée de la vie, en dépit des indispositions qui tourmentent presque sans cesse les sujets auxquels je fais allusion.

Par contre, une organisation largement développée, des fonc-

tions opulentes, l'imperturbabilité de la santé malgré l'action des provocations hostiles, ne sont pas toujours l'enseigne d'une bonne constitution. Beaucoup de sujets ainsi doués meurent jeunes ou bien sont voués à une vieillesse précoce, arrivant brusquement et marchant vers la mort d'un pas rapide. Les faits de ce genre ne sont pas rares dans la pratique. Les médecins des campagnes en observent un grand nombre, et l'expérience leur a prouvé que généralement les paysans étant radicalement faibles, le traitement antiphlogistique, les évacuations sanguines surtout, devaient être employés chez eux avec précaution.

En résumant ce qui précède, on verra qu'il n'est pas toujours aisé de diagnostiquer une bonne constitution. Ce n'est souvent qu'*à posteriori*, après avoir vu le sujet à l'œuvre, qu'on sait à quoi s'en tenir là-dessus. S'il y a des roseaux peints en fer, il y en a aussi qui sont réellement de fer, bien qu'ils aient toutes les apparences du roseau.

La faiblesse de la constitution peut être héréditaire. Elle peut dépendre des accidents de la grossesse, de la parturition, de la lactation et du régime de vie qu'on a suivi. Selon l'énergie malfaisante des modificateurs, elle s'établit lentement ou bien d'une façon brusque. Certaines maladies graves portent à la constitution du sujet une atteinte dont il se remet difficilement ou dont il ne se relève jamais.

Les forces radicales s'altèrent par des excès de tout genre. Celui qui surmène ses organes est particulièrement exposé à les voir décroître; mais le défaut d'exercice conduit au même résultat. Les plus dangereux excès sont ceux qui se font antagonisme, en établissant dans l'économie deux centres de suraction différents : par exemple, simultanéité de grands travaux intellectuels et d'actes vénériens immodérés. Ces tiraillements en sens divers amènent dans l'ensemble des changements funestes, d'abord inaperçus, et dont les conséquences désastreuses éclatent quand la mesure est comblée. Les forces radicales sont insensiblement minées : elles se détruisent brusquement lorsqu'une faute pareille est commise pendant la maladie, ainsi que cela arrive chez le blessé qui se donne une indigestion.

Médicalement, il convient d'appeler *excès*, non-seulement ce que chacun entend par ce mot, mais aussi tout ce qui n'est pas en harmonie avec une situation vitale donnée. Ainsi, on commet un

excès quand on ne met pas son régime en harmonie avec les exigences du milieu où l'on vit. Une sobriété excessive dans un pays froid, l'inverse dans un pays chaud, sont des excès à la suite desquels les bonnes constitutions se transforment en mauvaises.

Une passion invetérée peut avoir la même conséquence. A l'exemple de Baillou, il faut faire ici une distinction importante. Les chagrins d'affection sont généralement moins funestes aux forces radicales, et cela est prouvé par la facilité avec laquelle les nostalgiques se rétablissent quand la cause de leur mélancolie est dissipée. Les chagrins qui viennent des déceptions de la fortune, de l'orgueil, de l'ambition, font plus de victimes. Cela résulte, je pense, de cette circonstance que ces derniers sont plus difficilement curables que les autres par l'effet du temps. D'ailleurs, les chagrins d'affection disparaissent par la possession de l'objet aimé, tandis que l'ambitieux, l'orgueilleux, sont d'ordinaire insatiables.

Les excès sont particulièrement à craindre aux époques où la constitution est normalement faible. Les adolescents et les vieillards qui vivent en adultes résistent difficilement à ce régime contre-nature.

L'âge, le sexe, ne sont pas des prédispositions ; ce sont des états essentiellement hygides, dans lesquels certaines aptitudes morbides sont prédominantes par suite de la complexion spéciale des sujets. Ces états ont, sans doute, leurs exagérations, qui sont de véritables susceptibilités morbides. Toutefois ce ne sont pas eux qu'il faut incriminer. Le mal vient de l'une des sources que j'ai passées en revue dans les pages précédentes : hérédité, tempérament, constitution, qui par leurs qualités défectueuses vicient une situation normale nécessaire à la durée et à l'intégrité de la santé.

SECTION TROISIÈME

MATIÈRE DE L'ÉTIOLOGIE.

Je réunis sous ce nom les agents qui, à titre de cause provocatrice et à des degrés divers d'énergie, incitent à la maladie. Je les divise en deux catégories.

Les uns sont *hygiéniques*, par conséquent utiles en soi. Ils ne sont qu'accidentellement malfaisants par excès, par défaut, par mauvaise appropriation, parce qu'ils n'ont pas toutes leurs qualités. Ce sujet, qui comprend l'influence des passions, de l'air, des climats, des aliments, des boissons, des vêtements, de l'habitation, etc., est traité à fond dans les livres d'hygiène, où il trouve sa place naturelle.

Je me contente de parler des agents qu'on ne peut séparer de la pathologie, et qui sont essentiellement *morbifiques*. Leur étude sera présentée dans l'ordre suivant : *agents traumatiques, intoxicants, infectieux, contagieux*.

CHAPITRE PREMIER.

AGENTS TRAUMATIQUES.

Le corps vivant n'échappe pas aux lois de la nature morte. En tant qu'agrégat, il subit l'action matérielle des agents qui sont en conflit avec lui. J'appelle *traumatiques* ceux qui, doués d'un pouvoir surpassant la résistance, altèrent l'intégrité de nos parties. Cette résistance est plus grande dans les tissus vivants que sur le cadavre. Le tissu vivant oppose à la force qui tend à le désagréger, non-seulement la cohésion qui vient de ses propriétés physiques et chimiques, mais encore celle qui est fournie par ses facultés dynamiques et qui est connue sous le nom de *ton vital*.

Les conséquences de l'action des agents traumatiques sont de deux ordres. Les premières, nécessaires, calculables, comme dans le monde inanimé, ont pour cause génératrice la force brute, de

part et d'autre présente. C'est une dégradation de l'agrégat en tant que matériel.

A cette lésion succèdent des phénomènes qui appartiennent incontestablement à la vie, et dont le corps vivant est l'auteur. Ces phénomènes n'ont pas le caractère de nécessité des précédents. Ils manquent dans les cas où la mort est instantanée, dans les cas où les facultés vitales sont au-dessous du degré qui permet leur action. Ils apparaissent promptement, ou bien ils se font attendre; ils sont faibles, ils sont énergiques, ils sont utiles, ils sont malfaisants. Cela dépend de l'état actuel de la sensibilité et des autres facultés vitales, et comme cet état échappe à toute appréciation exacte, rien n'est mathématiquement calculable; les prévisions qui paraissaient les plus plausibles sont fréquemment déjouées.

Les phénomènes dont je viens de parler constituent la maladie. Sans contredit, celle-ci ne serait pas survenue si, au préalable, il n'y avait pas eu de lésion matérielle. C'est pourquoi la lésion est la circonstance capitale et fournit l'indication première. Mais cette lésion et la maladie, quoique liées entre elles, se suivent sans se ressembler. L'une est le produit d'un conflit inanimé; l'autre est un fait essentiellement vital sollicité par la lésion et non engendré par elle. Donc la lésion matérielle n'est, à l'égard de la maladie, qu'une cause provocatrice.

La phrase suivante : Un coup de bâton est la cause d'une plaie, d'une fracture, n'est vraie qu'autant qu'elle veut dire que le coup de bâton a causé la solution de continuité. Quant à ce qu'on appelle plaie, fracture en nosologie, et qui comprend la série de phénomènes qui succèdent et qui sont impossibles sur le cadavre, la cause en est certainement le corps vivant, qui, sentant la dégradation subie, est incité à agir d'une certaine manière. Ainsi, dans l'ordre moral, le soufflet n'est que la cause provocatrice de la colère qui vient après.

Le mot *traumatisme* (βλάβη des anciens) désigne les scènes morbides locales ou générales qui sont la manifestation de l'émotion suscitée. Le traumatisme varie beaucoup selon la nature, l'étendue de la lésion matérielle, selon le genre d'impressionnabilité et les prédispositions du sujet. Considéré d'une manière générale, il est réductible à deux mouvements inverses; le premier est une dépression vitale, le second est une réaction. La mort peut survenir avant la réaction.

La dépression est très-accentuée après les grandes dégradations et va même jusqu'à la stupeur. Après les dégradations légères, la dépression vitale est de très-courte durée, et on ne l'observe que dans la partie blessée. A ce point de vue, le traumatisme procède comme les maladies aiguës. Celles-ci sont également constituées par une suraction précédée par une subaction.

La réaction traumatique, comme la suraction des maladies aiguës, peut être ordonnée pour ou contre la guérison du sujet, avec toutes les variantes possibles entre ces deux extrêmes. Les moyens traumatiques sont employés comme remède d'un plus grand mal. Leur emploi méthodique constitue l'art du chirurgien.

Les agents traumatiques sont *physiques* ou *chimiques*.

ARTICLE PREMIER. — AGENTS TRAUMATIQUES PHYSIQUES.

Leur puissance malfaisante résulte de leurs propriétés physiques: densité, configuration, mouvement dont ils sont animés. Leurs effets propres sur le corps sont correspondants et de même nature. Les agents physiques *externes* sont ceux contre lesquels nous avons le plus besoin de nous protéger. Toutefois, l'intérieur de notre corps est le siége de mouvements qui, s'ils dépassent certaines limites, produisent également des lésions. Il faut donc admettre des agents traumatiques *internes*.

En médecine légale, on entend par *blessure* toute lésion du corps d'origine traumatique. Cet exemple est bon à imiter en pathologie générale. Donnons au mot blessure ce sens largement compréhensif, y compris les lésions chimiques dont je parlerai tout à l'heure.

Les causes mécaniques étant diverses, les blessures le sont aussi. Fréquemment plusieurs se rencontrent dans un même sujet, à la suite du même accident. Il est alors aisé de les distinguer l'une de l'autre. D'ailleurs chacune, pouvant exister à l'état d'isolement et de simplicité, a été étudiée en elle-même et dans ses conséquences vitales.

La classification qui va suivre est le produit de ce genre d'analyse étiologique.

Je traiterai en premier lieu des agents traumatiques en tant que nuisibles par le fait seul de leur présence au sein de nos tissus. Je m'occuperai ensuite de ceux qui ne séjournent pas dans nos par-

ties. Les uns sont des agents traumatiques *permanents;* les autres sont *impermanents*.

§ I. Agents traumatiques permanents.

Ces agents sont connus en chirurgie sous le nom de *corps étrangers*.

On appelle ainsi tout corps qui, introduit dans le sein de nos parties, soit en divisant les tissus, soit par un conduit naturel, est nuisible par ses propriétés physiques.

Les parties qui, ayant cessé d'appartenir à notre organisme, provoquent de cette manière des conséquences fâcheuses, sont des corps étrangers de provenance interne.

Il suffit d'indiquer l'infinie variété des corps étrangers. Ils peuvent être vivants, mais leur vie n'est pas la nôtre : ils sont morts, ils sont inorganiques. Ils offrent à considérer leur volume, leur forme, leur poids, leur consistance, leur solubilité, leur insolubilité, etc.; toutes ces différences servent à expliquer le genre de lésions qu'ils amènent.

Que sont ces lésions?

Le corps étranger est malfaisant parce qu'il est assez volumineux pour obturer un conduit dont la liberté est nécessaire à l'intégrité d'une fonction, pour gêner l'action des organes par la compression qu'il exerce. Le corps étranger, par ses formes anguleuses, peut diviser les tissus. Jusque-là, tout est mécanique de part et d'autre.

Mais les parties qui subissent le contact du corps étranger sont sensibles, irritables, et réagissent selon les facultés vitales, selon les prédispositions du sujet. Ces réactions sont des fluxions, des phlegmasies, des spasmes, qui peuvent exister isolément ou directement associés. Ceci est la partie dynamique de la lésion, la maladie.

D'après cela, les conséquences des corps étrangers se divisent en deux ordres : les unes *nécessaires* comprennent les changements survenus dans les organes anatomiquement considérés ; les autres *contingentes*, *provoquées*, sont l'œuvre de nos parties agissant physiologiquement. Les unes et les autres vont habituellement ensemble, mais leur importance diffère selon les cas; ainsi, la gêne mécanique est le fait capital quand le corps étranger est engagé dans les voies aériennes, dans l'œsophage, dans l'urètre, etc. La réaction dynamique, au contraire, tient la première place quand le

corps étranger a pénétré au milieu des tissus, dans la cavité d'une séreuse, etc. La réaction dynamique joue certainement un grand rôle dans les phénomènes qui succèdent à l'introduction d'un corps étranger d'un petit volume dans les voies respiratoires. L'air arrive en quantité suffisante pour entretenir la vie. Mais, par suite de l'exquise sensibilité des parties, la synergie fonctionnelle est violemment perturbée, et de là des scènes de suffocation dans lesquelles le spasme entre pour une grande part.

Un corps étranger peut être toléré dès le commencement, et cette tolérance être indéfinie ; tantôt elle est acquise par l'assuétude, tantôt elle est intermittente. Les variations de la sensibilité des parties expliquent ces intervalles de repos et d'action. La tolérance complète ou incomplète n'est possible qu'à la condition d'une membrane protectrice qui enveloppe le corps étranger, comme il s'en forme normalement partout où le tissu vivant est en rapport avec ce qui n'est pas lui.

Les corps étrangers disparaissent par absorption (laquelle, à la longue, peut agir sur les matières les plus dures), par expulsion en suivant les voies naturelles, ou bien à travers les tissus. Ce dernier mode s'exécute avec le secours de la phlegmasie suppurative, qui peut même manquer lorsque la forme grêle et allongée du corps facilite sa migration.

La thérapeutique chirurgicale favorise ces tendances, et au besoin en accélère la réalisation à l'aide d'une opération.

§ II. Agents traumatiques impermanents.

Ces agents, après avoir produit l'effet immédiat, nécessaire, en rapport avec leurs propriétés physiques, cessent d'exercer leur action malfaisante. Mais la dégradation matérielle est un fait accompli. Elle est le point de départ des scènes morbides.

Je veux faire connaître ces lésions, et pour cela je les distinguerai en deux catégories. Dans la première, je place les lésions qui se réduisent à un simple *déplacement* des parties. Dans la seconde, je range celles où il y a *division*. J'ai donc à parler des lésions par *déplacement*, des lésions par *solution* de *continuité*.

I. Lésions par déplacement.

Je les subdivise de la manière suivante: les unes consistent dans le changement de situation d'un *organe* ou *d'une portion d'organe*.

Les autres sont des *déplacements moléculaires* ayant lieu dans l'intérieur de l'organe qui conserve sa même situation à l'égard de ses voisins. Nous avons donc à examiner des déplacements en masse et des déplacements simplement moléculaires et sur place.

1° Déplacement de l'organe.

L'organe a abandonné son siége normal et contracté de nouveaux rapports. Cela s'appelle *hernie* quand il s'agit d'une partie molle, et *luxation* quand il s'agit d'un os.

A. *Hernie*.—Les organes mous sont soumis à une pression qui, se faisant dans tous les sens, les maintient à leur place naturelle. Lorsque, par suite d'un effort, l'organe est poussé dans une direction où il ne rencontre pas une résistance suffisante, il s'échappe par là et fait hernie. Le déplacement est interne lorsque l'organe n'est pas porté vers le dehors; exemple : hernie de l'estomac à travers le diaphragme. Le plus souvent l'organe se dirige vers la périphérie.

Les circonstances anatomiques qui favorisent le déplacement sont : 1° La présence d'un conduit naturel (canal inguinal, canal crural) dans lequel l'organe est poussé. Un effort médiocre suffit si ce conduit offre, par son ampleur, un passage facile; 2° La barrière qui s'oppose au déplacement est peu résistante; l'organe, en pressant, détermine des éraillures à travers lesquelles il s'échappe. On comprend que, selon les circonstances, la hernie se forme lentement ou d'une manière brusque; 3° La barrière est rompue, soit par une violence traumatique, soit par le procédé du ramollissement, de l'ulcération. Dans ce dernier cas, la solution de continuité est le fait principal et la hernie est une complication. Quand la solution de continuité intéresse la peau, l'organe apparaît au dehors; à part ce cas, la peau et les plans sous-jacents coiffent l'organe hernié et le protégent.

La hernie simple n'entraînant après elle aucun dérangement fonctionnel sérieux, aucune lésion consécutive dans la substance de l'organe, est un vice de conformation qui est toléré et ne constitue pas une maladie. Si l'organe est comprimé au point de ne pouvoir fonctionner, s'il est blessé dans sa sensibilité, des scènes extra-hygides apparaissent (spasme, phlegmasie, gangrène), et la maladie survient. Dans la hernie, le danger est attaché au sort de l'organe déplacé. Il n'y en a point tant que la fonction de ce der-

nier continue d'une manière suffisante. Les hernies intestinales sont de beaucoup les plus fréquentes; aussi, quand on dit hernie tout court, cela s'entend-il du déplacement de l'intestin.

B. *Luxation* — La luxation est le déplacement d'un os qui a perdu ses rapports articulaires. Un os peut être porté au dehors par suite d'une violence traumatique, ainsi qu'on l'observe dans certaines fractures. L'os est déplacé, mais cela n'est pas dit luxation.

Poussée par une violence extérieure, la tête de l'os luxé déchire la capsule, les ligaments, et se place au-dehors de l'articulation. Cette solution de continuité n'a pas d'importance, à moins qu'elle ne dépasse certaines limites. Alors seulement c'est une complication capable d'entraîner des conséquences assez sérieuses pour qu'on doive en tenir compte.

Si, comme c'est l'ordinaire, les parties qui sont mises anormalement en rapport avec l'os le tolèrent, l'os lui-même n'étant le siége d'aucun processus pathologique, il ne reste que le vice de fonctionnement qui provient de l'inaptitude du levier à obéir convenablement à l'action des muscles. Ce n'est donc pas une maladie. Chacun sait d'ailleurs qu'avec le temps l'os s'accommode dans sa nouvelle situation, et qu'il se forme une fausse articulation rappelant assez l'ancienne pour pouvoir rendre, en partie, les services de celle-ci.

La luxation peut être le produit d'une contraction musculaire violente. Mais le plus souvent, lorsque la luxation est ainsi de cause interne, sa formation est favorisée par une configuration défectueuse des surfaces articulaires et par la laxité trop grande de la capsule, des ligaments. Quand ce vice est porté à un haut degré, un faible effort musculaire suffit pour amener la luxation.

Les désordres qui facilitent la luxation peuvent être la conséquence d'une maladie de l'articulation (carie, ramollissement, destruction des parties contentives); c'est ce qu'on appelle, dans le langage habituel, luxation spontanée, laquelle alors n'est qu'un fait symptomatique de la maladie de l'articulation.

2° Déplacements moléculaires.

Ici l'organe conserve les mêmes rapports vis-à-vis de ses voisins, et ne cesse pas d'occuper le même lieu; mais ses molécules ont subi un mouvement anormal qui leur a été communiqué. Nous

rouvons ce phénomène dans la *commotion*, dans la *compression*, lans la *distension*.

A. *Commotion*. — La *commotion* est un fait mécanique dans equel, à la suite d'un choc, les molécules d'un organe éprouvent ın ébranlement, une série d'oscillations qui continuent jusqu'à épuisement de l'impulsion reçue. Quand la commotion est simple, l n'y a point de solution de continuité appréciable; et si l'organe eut être examiné, il paraît exactement le même qu'auparavant.

Plus l'organe est dense, meilleur conducteur il est de ce genre le vibrations. Tels sont les os.

La solution de continuité, quand elle accompagne la commotion, ıbsorbe une partie de la force, et l'ébranlement moléculaire dininue d'autant. Toute cause mécanique qui, concentrée sur une artie limitée, a, par sa forme et par le mouvement dont elle est nimée, la puissance nécessaire pour diviser nettement les tissus, e donne pas lieu à la commotion. Si au contraire la partie résiste, i la cause mécanique, agissant sur une grande surface, est incaable de pénétrer les tissus, la commotion est inévitable, dans le as surtout où la violence a porté sur les os.

Les os étant, par leurs qualités physiques, très-aptes à réaliser t à propager le mouvement vibratoire, ce mouvement passe aiément aux parties qu'ils contiennent : diploë, substance médulaire, organes contenus dans une cavité osseuse.

Ce mouvement est arrêté, dans une certaine proportion, aux risures articulaires; mais une fois cet obstacle franchi, ce qui en este est transmis à l'os voisin.

Le crâne est, de toutes les cavités osseuses, celle qui présente s circonstances les plus propices aux phénomènes de cet ordre. es parois de cette boîte entrent, sous l'influence du choc, dans ne série d'actions et de réactions vibratoires qui l'allongent et la accourcissent alternativement selon des diamètres divers. Les rganes qui y sont renfermés sont entraînés dans les mêmes mouements et subissent des modifications correspondantes, jusqu'au ioment où, la force étant épuisée, tout rentre dans le repos. La ommotion cérébrale est celle que l'on rencontre le plus souvent, qui a été le plus étudiée.

La commotion de la moelle épinière, celle des organes du basn, moins bien secondées par les circonstances anatomiques, sont ioins souvent observées.

Il n'est pas indispensable que le mouvement parte d'un os. Tout choc assez violent portant sur une région quelconque, surtout dans le voisinage des nerfs, des ganglions nerveux, donne lieu au phénomène de la commotion; c'est ce qui arrive à l'épigastre, par exemple.

Il me paraît probable que les conséquences dynamiques de la commotion se rattachent à l'ébranlement éprouvé par le tissu nerveux. Cette lésion est anatomiquement indémontrable. Mais l'interprétation physiologique des faits conduit logiquement à son admission. La science compte quelques observations dans lesquelles, après une commotion mortelle, on a trouvé la substance du cerveau réduite à un plus petit volume et comme tassée sur elle-même. D'autres fois cette substance a paru ramollie. Il est positif cependant que le plus souvent l'organe est en apparence irréprochable, et l'on est autorisé à penser que lorsque la pulpe cérébrale est altérée de l'une des manières dont je viens de parler, il y avait plus que commotion.

Les effets morbides appartenant à cette dernière révèlent une éclipse, une diminution de l'action nerveuse, un amoindrissement de la sensibilité, de la motilité. Ces effets paraissent immédiatement après le choc; ils sont essentiellement primitifs et durent plus ou moins longtemps.

Le premier degré est une stupeur qui cesse promptement. C'est une absence passagère de l'innervation. A un degré plus avancé cet état d'insensibilité et d'impuissance persiste. La mort survient inévitablement, lorsque des fonctions nécessaires (respiration, circulation) sont arrêtées. Hors de ces cas, il n'y a que paralysie. Enfin, au plus haut degré de la commotion, la lésion de l'innervation est telle que la circulation, la nutrition de la partie sont altérées; de là, des stases humorales et même la gangrène.

La commotion *maladie* atteint donc la sensibilité et la motilité volontaires ou involontaires; elle peut aller jusqu'à empêcher les mouvements circulatoires et nutritifs. Ce dernier cas est rare; il n'est possible que pour les parties non nécessaires à la vie, car pour les autres la mort arrive avant la réalisation des phénomènes ultimes que je signalais il y a un instant.

Les effets de la commotion sont *généraux* quand la commotion est elle-même générale : à la suite, par exemple, d'une chute d'un lieu élevé; ils sont généraux aussi lorsque la commotion porte sur

l'encéphale, organe dont l'influence peut s'exercer partout directement ou indirectement.

Les effets de la commotion *locale* varient nécessairement selon la fonction de la partie qui en est le siége. La commotion d'un membre, du foie, de la matrice pendant la grossesse, etc., doit avoir ses symptômes propres.

Les os ne sont pas toujours de simples véhicules de l'ébranlement vibratoire; ils peuvent être atteints pour leur compte. Plus d'une fois l'ostéite, la nécrose, ont été la conséquence de la commotion osseuse.

La commotion est dite *directe* lorsque le choc a porté sur l'organe qui en est le siége. Elle est *indirecte* lorsque l'ébranlement vibratoire a commencé dans une partie éloignée. La commotion du cerveau, celle de la moelle épinière, survenues à la suite d'une chute sur les extrémités inférieures, sont des commotions par propagation du mouvement.

La commotion peut être *compliquée*.

Il arrive fréquemment que l'accident d'où elle résulte a atteint le corps d'une autre manière. Ainsi, après une chute, il y a en même temps commotion cérébrale, fracture des membres, contusion, plaie, etc. Mais je veux parler spécialement des complications qui se rattachent à la commotion elle-même.

Les oscillations moléculaires, en se communiquant aux diverses parties de l'organe, rencontrent un point moins résistant que les autres, et là se produit une solution de continuité. Cela se passe ainsi dans les fractures, dans les ruptures de viscères, qui s'opèrent loin du lieu où le choc a porté.

La solution de continuité est à peine apercevable, elle est même douteuse dans les endroits où il n'y a eu qu'une désagrégation moléculaire, restreinte, rappelant celle que je décrirai bientôt sous le nom de contusion. Beaucoup de chirurgiens rapportent à ces contusions disséminées par places, certaines commotions cérébrales différant des autres en ceci que le collapsus n'est pas complet, les symptômes de ce collapsus étant mêlés d'autres symptômes qui indiquent une sensibilité, une irritabilité morbides.

Enfin les circonstances particulières à la commotion, surtout si elles sont aidées par une prédisposition fâcheuse, peuvent provoquer dans l'organe une fluxion active, à son tour suivie d'hémorrhagie, de phlegmasie; il importe de distinguer soigneusement

ces accidents consécutifs de ceux de la commotion, lesquels, ainsi que je l'ai dit, s'établissent brusquement et d'une façon immédiate. La thérapeutique a le plus grand intérêt à saisir le moment de la naissance de ces phénomènes, qui sont la forme dangereuse de la réaction médicatrice du collapsus.

B. *Compression.* — Cette action mécanique rapproche les unes des autres les molécules d'un organe, augmente la densité et diminue le volume de cet organe. Ce résultat est obtenu de plusieurs manières. La cause est appliquée sur une surface large ou étroite : c'est, par exemple, un bandage dont l'action s'exerce sur la totalité d'un membre ; c'est une constriction, c'est-à-dire une compression circulaire agissant sur une bande étroite de tissu.

La compression a une cause intérieure, quand elle est la conséquence de l'hypertrophie d'un organe, du développement d'une tumeur, d'une infiltration, d'un épanchement de liquide. Il y a également compression lorsqu'une partie enflammée ne peut se développer librement, par suite de la résistance opposée par des tissus inextensibles. L'étranglement d'une hernie, le volvulus, etc., sont des exemples de compression circulaire de cause interne.

La compression est une cause morbifique par ses effets mécaniques nécessaires, par les effets dynamiques qu'elle provoque.

Par ses effets mécaniques, elle altère la forme des organes et en contrarie la fonction : compression d'un vaisseau, d'un nerf, du cerveau, du poumon, etc. La constriction portée assez loin pour surmonter la résistance des tissus, les coupe à la façon des instruments tranchants.

Les effets dynamiques sont d'abord ceux qui résultent de la gêne éprouvée par l'organe dans son fonctionnement.

La compression qui s'établit en peu de temps blesse la sensibilité à la façon des stimulus irritants et provoque la douleur, le spasme, la fluxion, la phlegmasie.

La compression qui ne suscite pas ces processus morbides et qui continue en augmentant graduellement, est suivie du ramollissement et de l'absorption des couches superficielles des parties sur lesquelles elle s'exerce. Moins la partie est extensible, plus facilement elle cède. Ce genre d'effet est favorisé si l'agent comprimant est le siége de mouvements pulsatiles incessants. C'est ainsi qu'une tumeur anévrysmale use les lames osseuses qui sont en contact immédiat avec elle.

Les effets mécaniques nécessaires subis par les organes en vertu de leurs propriétés physiques, et les effets provoqués en vertu de la sensibilité, se trouvent fréquemment réunis dans le même cas.

Méthodiquement employée, la compression est un agent thérapeutique utilisé dans plusieurs circonstances. Une compression uniforme, modérée, oppose une résistance bienfaisante à l'abord des fluides dans les parties privées de ton. La compression active la circulation, l'absorption de ceux qui sont stagnants ; elle facilite la contraction régulière des muscles et raffermit les articulations relâchées. Tout le monde sait les services qu'elle rend comme moyen contentif des hernies, comme hémostatique, comme agent d'oblitération des artères, des veines, etc. On connaît les applications nombreuses et variées qui ont été faites de cette propriété. La constriction était depuis longtemps employée pour la ligature des vaisseaux, des pédicules qui supportent les tumeurs à enlever. M. Chassaignac l'a proposée pour la section des parties plus épaisses et en a fait un succédané du bistouri; il est en effet des cas particuliers où les avantages de ce mode de section l'emportent sur ses inconvénients.

C. *Distension.* — La *distension* est l'allongement des fibres d'un tissu. Quand cet allongement dépasse les limites normales, il devient une cause morbifique. La distension a lieu dans un organe creux dont les parois sont mécaniquement écartées par les matières qui s'y accumulent. Une trop grande quantité d'urine, une surabondance de liquide amniotique, etc., distendent la vessie, l'utérus, etc. Sont pareillement distendus les muscles, les tendons, les vaisseaux, les ligaments, dont une violence mécanique exagère la dimension longitudinale.

La distension tiraille les tissus et les divise, quand elle est assez énergique pour vaincre leur résistance.

A son plus bas degré, la distension a des conséquences peu sérieuses. L'organe reste pendant un certain temps endolori, courbaturé, peu apte à remplir sa fonction, et après un repos suffisant tout rentre dans l'ordre. Portée plus loin, la distension prive la fibre d'une partie ou de la totalité de ses mouvements. Ce cas s'observe fréquemment dans les distensions des organes creux. Si l'on analyse le mécanisme de ces distensions, on comprendra aisément le rôle qu'y joue la compression. Les accidents de l'une et de l'autre sont en effet assez souvent combinés.

L'entorse est la distension des ligaments qui consolident une articulation. Ces parties sont à la fois souples, et normalement inextensibles. La lésion dont je parle provoque une vive douleur et une réaction phlegmasique, surtout si, comme cela n'est pas rare, le tiraillement des fibres s'accompagne de rupture partielle ou complète.

II. Lésions par solution de continuité.

J'ai dit que la commotion, la compression, la distension, étendues jusqu'à certaines limites, amenaient nécessairement ce résultat : la commotion, par un écart trop considérable des molécules en vibration; la distension, par un allongement porté au-delà de l'extensibilité; la compression, par la pénétration d'un corps animé d'un mouvement suffisant pour vaincre la résistance opposée par la densité des tissus.

Le mode par compression est celui qui se présente le plus souvent. Tout le monde sait que, par suite de la configuration de certaines régions, un agent suffisamment résistant n'a pas besoin d'un grand mouvement pour y opérer une division.

Des solutions de continuité, on l'a déjà dit, peuvent être produites par des agents traumatiques internes. Le mécanisme est fondamentalement le même que lorsque l'agent traumatique vient du dehors.

Je vais parler d'abord des solutions de continuité dans lesquelles la peau reste intacte, soit que l'agent vulnérant ne l'ait pas atteinte, soit qu'elle ait résisté à l'aide de l'élasticité dont elle est douée. Les solutions de continuité produites médiatement par un agent qui n'a pas pénétré dans les tissus, sont des *ruptures*.

Les ruptures intéressent des organes, des parties entières d'organe, ou bien elles sont moléculaires et incluses dans l'épaisseur des tissus.

Les ruptures de la première série s'appellent *fractures* quand il s'agit des os.

1° Fractures.

Les os doivent à leur densité d'être très-susceptibles de commotion. En même temps ils sont d'un tissu peu extensible, ce qui les rend cassants. Il en résulte qu'une commotion assez violente pour amener une dislocation moléculaire est le point de départ d'une solution de continuité se prolongeant plus ou moins; la cas-

sure commence habituellement à la partie correspondante à l'endroit frappé; mais si celle-ci offre un certain degré de résistance, le mouvement se propage. Rencontre-t-il une partie trop faible, c'est celle-là qui est le siége de la fracture. La commotion fracturante peut donc avoir lieu là où elle prend naissance, et là où le mouvement vibratoire a été transmis.

Un autre mécanisme de la fracture est la distension. Cela arrive quand le choc a exagéré outre mesure la courbure de l'os. Les fibres de la convexité se rompent si la force continue d'agir au moment où elles ne peuvent plus s'allonger, de la même manière que se casse un bâton dont on rapproche les extrémités. La fracture par distension peut être le produit d'une contraction musculaire, mais plus souvent elle est causée par une chute dans laquelle l'os placé entre le sol résistant et le poids du corps, fléchit jusqu'à épuisement de l'extensibilité des fibres qui forment le plan convexe de la courbure.

Une espèce de fracture bien distincte des autres a lieu par excès de compression. Ce mécanisme se réalise lorsque, la partie de l'os qui va la première dans le sens du mouvement imprimé étant immobilisée et présentant un assez grand volume et moins de cohésion, le reste de l'os pèse assez fortement sur elle pour la pénétrer et y rester implanté. L'extrémité inférieure du radius présente, sous ce rapport, les circonstances mécaniques les plus favorables. La fracture en question a été également observée au col du fémur, au calcanéum, etc.

La fracture qui a lieu à l'endroit du choc est *directe*. Le choc peut être assez violent pour amener des ruptures multiples. L'os est divisé en plusieurs fragments : c'est la fracture *comminutive*. Les variétés nombreuses des fractures : fêlure, division complète et séparation; direction transverse, oblique, longitudinale; multiplicité des fractures dans le même os, dans des os différents, s'expliquent par les circonstances particulières de l'événement, par la connaissance précise des actions mécaniques en conflit.

Dans les cas simples, l'effet dynamique qui succède à la solution de continuité est la formation d'un travail synergique ayant pour but la soudure de l'os. Rapprocher les fragments et les maintenir en contact, telle est l'unique indication; le corps vivant accomplit tout le reste.

La synergie restauratrice est contrariée par des complications

locales (écartement des fragments, phlegmasie, plaie, hémorrhagie, etc.); par une altération de l'ensemble qui vicie et les qualités et l'action des parties qui doivent concourir au rétablissement (extrême vieillesse, état cachectique).

La lésion d'un viscère important peut être contemporaine de la fracture ou en être la conséquence. Dans ce cas, la maladie viscérale est le fait principal.

2° Rupture.

Dans le langage habituel, on donne ce nom à la solution de continuité d'un organe ou d'une partie d'un organe mou.

Ce qui précède facilite l'intelligence des divers mécanismes des ruptures.

Elles sont produites par la contraction musculaire : rupture du cœur, de la matrice, d'un muscle, d'un tendon, d'une aponévrose.

Elles sont la conséquence d'une distension exagérée : rupture des ligaments dans l'entorse; rupture d'un vaisseau sanguin à la suite de la traction d'un membre ; rupture de la vessie, de l'estomac, de l'intestin, etc., par suite de la quantité croissante des matières qui s'y sont accumulées.

Elles sont amenées par une violence extérieure, coup ou chute, violence qui, laissant intactes les parties élastiques offrant peu de prise, et mobiles, atteint celles qui présentent une large surface, qui sont à la fois denses, peu élastiques, et ne peuvent opposer qu'une résistance impuissante. C'est ainsi qu'après une chute, par exemple, le foie, la rate sont rupturés, tandis que les autres viscères conservent leur cohésion. Un organe creux, mais qui est distendu au moment de l'accident, présente alors toutes les conditions mécaniques qui sont favorables à la rupture. Il en est de même des parties étalées sous forme membraneuse, qui sont à l'état de tension et immobilisées.

Évidemment l'état des tissus est une circonstance qui a de la valeur. Un tissu rendu fragile par le ramollissement, dans lequel le ton vital fait défaut, cédera plus aisément aux actions mécaniques dont je viens de parler. Dans ces ruptures, le fait important est la lésion initiale, sans laquelle la violence traumatique n'aurait pas été suffisante pour produire un tel résultat.

Les conséquences dynamiques de la rupture varient selon l'im-

portance de la fonction de l'organe, selon les matières qui s'échappent à travers la solution de continuité, selon le lieu où cet épanchement est fait.

Il convient de distinguer les ruptures qui sont *en dehors* et celles qui sont en *dedans* des cavités splanchniques.

Les premières ne constituent de graves maladies que lorsqu'elles ont pour siége un organe important. La rupture d'un petit tendon, d'un petit muscle, d'un faisceau de fibres musculaires, d'un petit vaisseau, donne lieu à un épanchement de sang peu dangereux d'ordinaire, et est suivie d'une synergie restauratrice qui rétablit les parties à peu près dans leur situation antérieure. La rupture des ligaments, des capsules articulaires, suscite dans l'entorse des fluxions phlegmasiques qui rendent le traitement long et difficile, quand le désordre est considérable. La rupture d'une grosse artère est un fait d'une haute gravité. Dans une observation très-connue à Montpellier, l'axillaire fut déchirée à la suite de tractions énergiques opérées sur le bras et ayant pour but la réduction d'une ancienne luxation ; le malade mourut.

Lorsque la rupture a lieu dans une cavité splanchnique, aux conséquences de la lésion de l'organe se joignent celles de l'épanchement, et le péril s'accroît d'autant; de là, la léthalité de la rupture du foie, de la vésicule du fiel, de la rate, de la vessie, de l'utérus, etc. Un fait peut-être unique dans son genre a été raconté par Boerhaave: c'est celui de l'amiral de Wassenaer qui, à la suite de vomissements provoqués pendant la plénitude de l'estomac, eut l'œsophage rompu à deux pouces au-dessus du diaphragme. Les matières contenues dans l'estomac passèrent dans la plèvre, ainsi que tout ce que le malade avala à partir de l'accident.

3° Contusion.

Elle est le produit de l'action d'un instrument à large surface et incapable de surmonter la résistance des téguments. Ces instruments ont été appelés *contondants*. Ils agissent par pression et doivent conséquemment être appliqués avec violence. Les tissus entraînés dans un sens et retenus dans l'autre par une barrière résistante, subissent un froissement moléculaire, et il survient une multitude de solutions de continuité de petite dimension, qui laissent à la partie sa forme générale. Le plus haut degré de la contusion est la perte totale de la cohésion, c'est-à-dire l'écrasement. La

peau sur laquelle la violence a porté est très-souvent contuse, mais nous allons voir qu'elle peut ne présenter aucune lésion anatomique appréciable.

J'ai indiqué comment la commotion imprimée aux parois d'une enceinte osseuse produit la contusion des organes mous qui y sont contenus.

La contusion a été bien étudiée dans la peau et dans les tissus voisins. Nous pouvons conclure par analogie à ce qui doit se passer dans les parties profondément situées.

Les parties les plus exposées à la contusion sont celles qui forment une couche mince reposant sur une surface osseuse. Ces parties, ne pouvant fuir devant l'instrument contondant, en subissent toute la violence. C'est ce qui se rencontre au crâne, à la face, à la partie interne du tibia, autour des articulations des membres.

La peau étant atteinte obliquement, son élasticité lui permet de céder en conservant sa cohésion; mais si les tissus placés au-dessous d'elle reposent sur un plan résistant, ils sont fortement froissés et peuvent l'être jusqu'à ce que l'attrition s'ensuive. Cela est très-prononcé dans le phénomène connu sous le nom de vent du boulet.

La dilacération des capillaires de la partie contuse amène des hémorrhagies en rapport avec le volume de ces vaisseaux. Le sang s'infiltre, se réunit dans des lacunes interstitielles produites par l'agent contondant, ou bien dans une cavité normale. De là, des ecchymoses, des thrombus, des épanchements.

Les circonstances anatomiques de la partie blessée et des parties voisines sont nécessaires à connaître pour se rendre compte de la direction que prend le sang sorti de ses vaisseaux, et pour apprécier la nature et l'étendue des désordres accomplis.

La contusion est un obstacle au fonctionnement de l'organe, lequel est d'abord plus ou moins stupéfié. Elle est ensuite suivie d'une réaction, de fluxions, de phlegmasies d'autant plus dangereuses que la vitalité des tissus a été plus fortement atteinte. La conservation des téguments est une circonstance heureuse. On a ainsi un moyen naturel de contention plus efficace que ceux que nous pouvons employer. On sait que, tout étant d'ailleurs égal, les lésions sous-cutanées provoquent moins de complications, et guérissent plus facilement que celles qui sont exposées.

4° Plaies.

Ici la peau est divisée à une profondeur plus ou moins grande, les tissus sous-jacents sont mis en rapport avec l'extérieur. D'ordinaire, l'agent vulnérant divise la peau en premier lieu; l'inverse a lieu lorsque, à la suite d'une fracture, un fragment d'os plus ou moins aigu perce les chairs et va faire saillie au-dehors. On observe deux plaies dont chacune est faite par l'un de ces mécanismes, lorsque le corps ou un membre sont traversés de part en part.

L'*ulcère* est comme la plaie une solution de continuité de la peau. Mais l'ulcère est le produit d'un processus essentiellement vital. On fait des plaies à un cadavre; il est impossible d'y faire un ulcère. Une plaie peut devenir ulcéreuse, mais ne l'est jamais au moment de sa formation.

Toutes les plaies n'ont pas lieu par le mécanisme de la pression. Il en est qui sont le produit d'un excès de distension; j'en parlerai tout d'abord.

A. *Plaies par distension.* — J'appelle ainsi celles qui se font par excès d'élongation des fibres. La peau, tout extensible qu'elle est, peut arriver à un point où son élasticité est épuisée, et alors, si la force continue d'agir, elle se rompt. Lorsque le tégument altéré par la maladie n'a pas son élasticité normale, il cède à un tiraillement qui dans les circonstances ordinaires n'aurait pas ce résultat. J'ai vu un cas de ce genre chez une femme âgée atteinte d'une cachexie hydropique. Pendant une chute qu'elle fit en arrière, la peau et les muscles de la couche superficielle furent coupés en travers à la région antérieure de chaque cuisse. La malade vécut trois jours, et il est digne de remarque que les plaies ne donnèrent pendant ce temps aucun signe de réaction vitale.

Les cas de ce genre sont exceptionnels; les plaies dont il s'agit sont généralement des plaies par *arrachement*.

Un agent saisit fortement une partie, la tire à lui; si le corps ne peut suivre le mouvement, la force étant assez grande pour surmonter la résistance, la partie saisie sera arrachée.

La science possède un grand nombre de faits de cette nature. C'est un doigt, une partie d'un membre, un membre entier, qui ont été enlevés par ce mécanisme. Dans l'observation si connue du meunier Wood, le bras fut enlevé emportant l'omoplate avec lui.

L'ancien supplice de l'écartellement était la plaie par arrachement sur une grande échelle, et devenant ainsi mortelle.

La séparation, cela se conçoit sans peine, a toujours lieu dans une articulation, quand il s'agit d'un membre.

Il faut distinguer les cas dans lesquels l'arrachement s'opère dans un point éloigné de celui où la force mécanique a été appliquée. En ce qui concerne ces cas, on a été frappé de l'immunité relative qu'ils présentaient. Le meunier Wood, après une période de stupeur à laquelle succéda bientôt une réaction modérée, n'éprouva aucun accident sérieux, et au bout de deux mois son horrible plaie était cicatrisée.

Le mécanisme de l'espèce d'arrachement dont je parle rend compte de cette singularité.

Avant qu'ils soient divisés, les nerfs, les vaisseaux, subissent une grande et rapide élongation ; de là, les conséquences suivantes : Peu ou point de douleur, parce que les nerfs ont perdu les propriétés de tissu nécessaires à l'exercice de leurs facultés sensitives. Peu ou point d'hémorrhagie, parce que les tuniques artérielles sont rompues à des moments et à des niveaux différents. Les deux internes cèdent les premières, l'externe plus extensible continue à s'allonger, et n'est divisée que plus tard et à un niveau inférieur. Cette partie excédante de la tunique celluleuse revient sur elle-même. Il en résulte que le vaisseau offre à son extrémité un prolongement conique terminé par un canal étroit et froncé, et dont la base est profondément enfoncée par suite de la rétraction des tuniques artérielles. Cela constitue un bouchon suffisant pour embarrasser la sortie du sang et favoriser la formation d'un caillot protecteur. Il arrive que l'artère trop allongée ne se rétracte pas; elle est alors inerte, pendante, mais ne donne point de sang.

Sans doute la plaie est irrégulière. On diminue cet inconvénient en excisant ce qui gênerait trop le travail de cicatrisation et toutes les parties dont la conservation ne paraît pas possible.

D'autres plaies par arrachement sont notablement différentes. Ce sont celles dans lesquelles l'agent mécanique agit à l'endroit même de la division, ainsi que cela aurait lieu si, saisissant la peau avec des tenailles, on l'attirait à soi avec une force suffisante pour l'arracher. Les mâchoires d'un animal robuste font des plaies de ce genre. Ces plaies participent de la plaie contuse pour les parties sectionnées par les dents, et de la plaie par arrachement

pour le reste. La contusion de la plaie est une complication qui, ainsi que nous allons le voir, place les tissus dans des conditions défectueuses pour le travail de la cicatrisation, en sorte que, tout étant égal d'ailleurs, les plaies de cette nature sont plus dangereuses que les solutions de continuité, qui sont exclusivement le produit de la distension.

Les solutions de continuité opérées par le mécanisme de la pression, sont celles que l'on rencontre le plus souvent dans la pratique : on les distingue en plaies contuses, plaies par instrument tranchant, plaies par instrument piquant.

B. *Plaies contuses.*— L'agent vulnérant est obtus, lisse ou présente des saillies émoussées. Sa force de pénétration vient de la vitesse dont il est animé par rapport au corps ou dont le corps est animé par rapport à lui. Il agit sur une surface relativement large; et s'il est assez puissant pour diviser la peau et les tissus sous-jacents, il arrive à ce résultat en froissant fortement les parties, selon le mécanisme exposé à propos de la contusion. Les tissus mis à nu sont altérés dans leur structure, dans leur vitalité, plus ou moins stupéfiés selon la violence de la contusion, et se montrent par conséquent peu aptes à l'adhésion par réunion immédiate. De là des réactions phlegmasiques, et la gangrène même, quand la contusion est portée à un haut degré, (plaies par arme à feu). La couche escharifiée doit s'éliminer, et la phlegmasie réparatrice ne trouve pas toujours dans les tissus sous-jacents les qualités qui rendent ce travail facile. Tels sont les caractères les plus généraux de la solution de continuité par contusion. Ils sont en rapport, on le voit, avec les effets mécaniques de ce genre de traumatisme.

C. *Plaies par instrument tranchant.* — L'instrument tranchant présente, au point de vue de la densité et de la forme, des conditions favorables à sa pénétration. Il est formé par deux plans inclinés se réunissant sur un angle très-aigu. C'est un coin à arête très-vive et longitudinale, qui ne demande qu'un faible effort pour diviser les tissus, surtout quand on le manie obliquement à la manière des scies. L'instrument tranchant est, en somme, une scie à dents excessivement nombreuses, petites et aiguës. Plus la section est nette et facile, moins les surfaces des parties atteintes sont contuses; par conséquent plus elles conservent les facultés vitales qui disposent à la réunion par première intention.

Ces plaies sont à la portée du regard et de la main, circonstances dont le diagnostic et la thérapeutique font leur profit. Mais elles ont le défaut de cette qualité ; car, comme toutes les plaies exposées, elles sont sujettes à l'irritation, à la phlegmasie. En outre, les ouvertures des vaisseaux sectionnés restent béantes, d'où l'hémorrhagie qu'il faut empêcher, et la possibilité des phlébites, des résorptions, etc.

L'instrument tranchant produit des solutions de continuité de formes très-diverses, réductibles néanmoins à trois principales. Dans un premier cas, l'instrument divise les tissus perpendiculairement, et le résultat est une fente plus ou moins profonde dont les bords se rétractent comme dans toute plaie, mais sont faciles à rapprocher; dans un second cas, l'instrument dirigé obliquement comme pour enlever une portion des chairs, n'a pas une impulsion suffisante pour opérer entièrement cette section : c'est la plaie à lambeau. Enfin, si l'instrument suit cette direction jusqu'au bout, la section est complète : c'est la plaie avec perte de substance, la plus difficile à soustraire aux périls de l'exposition à l'extérieur. Toutefois, dans ce dernier cas, la vie peut persister dans la partie détachée avec assez d'intensité pour se prêter à la réunion. Cet essai a été tenté, et plus d'une fois il a réussi.

D. *Plaies par instrument piquant.* —Plusieurs plans inclinés se réunissant à angle très-aigu en un point unique, constituent l'instrument piquant. S'il forme une tige allongée et fort mince, il passe à travers les interstices des tissus et les sépare sans les diviser ; des parties même importantes peuvent être ainsi traversées impunément. L'emploi des aiguilles à acupuncture prouve la vérité de cette assertion.

L'instrument et sa pointe ayant un volume trop considérable pour se frayer un semblable chemin, les tissus sont entamés. Ces plaies représentent un canal qui reproduit à peu près le volume et la longueur de la portion de l'instrument qui a pénétré. Les tissus divisés peuvent l'être complètement ou incomplètement.

Les avantages des solutions de continuité dont je parle sont les suivants : point de perte de substance ; facilité de mettre en rapport exact les surfaces de la plaie, d'arrêter les hémorrhagies provenant de petits vaisseaux. De là, une réunion prompte par première intention, lorsque ces avantages ne sont pas détruits par les inconvénients que voici :

La section partielle d'un nerf amène une douleur vive, continue, qui provoque souvent la fluxion phlegmasique. Celle-ci siégeant dans des parties profondes, au milieu de tissus fibreux peu extensibles, est exposée à se compliquer d'étranglements, de phlegmasies à suppuration exagérée; le tétanos, la gangrène, peuvent en être la conséquence. Un gros vaisseau est-il ouvert, le sang s'échappe difficilement à travers les lèvres de la plaie, il s'infiltre ou s'épanche dans le voisinage. Le diagnostic de toutes les particularités de la lésion est souvent très-malaisé. Le chirurgien est obligé de se frayer une voie sanglante pour arriver à l'artère qu'il faut lier, au sang qu'il faut évacuer.

Quelle que soit la solution de continuité, par instrument contondant, tranchant, piquant, si elle communique avec une cavité splanchnique ou articulaire, les parties contenues dans ces cavités sont mises en rapport avec l'extérieur, avec les liquides, les gaz fournis par les tissus divisés; de là des réactions, des troubles fonctionnels qui tiennent le premier rang dans la maladie et en font le principal danger.

ARTICLE II. — AGENTS TRAUMATIQUES CHIMIQUES.

Ce sont des substances dont les affinités sont assez énergiques pour détruire celles qui assurent l'intégrité de nos parties. Elles produisent des réactions chimiques qui provoquent la formation de produits nouveaux impropres à la vie. C'est ainsi, par exemple, que l'ammoniaque, la potasse, la soude concentrées, transforment les éléments albumineux en une sorte de matière savonneuse inerte. Pour ce motif, ces substances sont appelées des *caustiques*. Le produit de l'action des caustiques est une *eschare*, dont le corps doit se débarrasser à l'aide de la phlegmasie suppurative.

Le calorique accumulé jusqu'au degré où il est comburant, brûle un tissu de la même manière qu'il brûle les autres substances.

Le calorique moins accumulé, les caustiques moins concentrés, sont irritants; leur action cesse alors d'être chimique.

Le même agent peut donc être suivi d'effets d'ordre différent : les uns sont *chimiques*, les autres *dynamiques*.

Toutes les substances appelées caustiques ne paraissent pas agir exclusivement de la façon que je viens de faire connaître. Quel-

ques-unes semblent tuer d'abord les tissus et ne les désorganiser qu'après, en se combinant avec leurs éléments. Ce mode est assez généralement admis pour l'acide arsénieux. Existe-t-il d'autres caustiques de même genre? L'observation de ce qui se passe, en pareil cas, dans la partie attaquée n'est pas encore assez avancée pour répondre à cette question. Quoi qu'il en soit, il est positif que pour les acides sulfurique, nitrique, chlorhydrique, pour la potasse, la soude, etc., la désorganisation chimique est le fait initial.

Certains caustiques n'épuisent pas leur action malfaisante sur les tissus qui subissent directement leur contact; une partie de leur substance est prise par l'absorption et provoque dans le système des scènes morbides plus ou moins graves : tels sont les acides arsénieux, oxalique; l'acétate, le sulfate de cuivre; le chlorure aurique, le chlorure mercurique, le deutonitrate de mercure. Ce genre d'action est incontestablement dynamique. Peut-être les caustiques absorbables sont-ils ceux qui ne désorganisent une partie qu'après en avoir détruit les facultés vitales?

Les caustiques primitivement désorganisateurs et que je signalais plus haut, ne sont pas susceptibles d'être ainsi absorbés et ne sont dangereux que par le mal local qu'ils produisent.

M. Mialhe[1] a proposé de diviser les caustiques selon le degré de cohésion de l'eschare. Les uns, dit-il, font avec les éléments protéiques ou albumineux un composé insoluble plus ou moins solide. Il les appelle *coagulants :* ce sont presque tous les acides minéraux puissants, les chlorures d'antimoine, de zinc, d'or; le deutochlorure de mercure, les nitrates d'argent et de mercure, le sulfate et l'acétate de cuivre ; la créosote, l'acide acétique concentré, etc.

Les caustiques *fluidifiants* ramollissent les tissus et les *géléifient* en quelque sorte. Ce groupe comprend la potasse, la soude et l'ammoniaque, l'acide arsénieux, l'acide arsénique, l'acide phosphorique hydraté, l'acide oxalique, etc.

Cette division a son utilité en pratique chirurgicale; par exemple, pour obtenir une cautérisation hémostatique, on ne devra pas employer un caustique fluidifiant. L'hémostasie n'est pas le seul service que la thérapeutique demande aux caustiques. On s'en sert pour établir des fonticules, pour modifier la vitalité des parties voisines de l'eschare, pour détruire certains tissus morbides;

[1] Mialhe; *Traité de l'art de formuler*, pag. CCXXXIII et pag. 640.

et ils remplissent cette dernière indication avec d'autant plus d'avantages que leur action provoque sur les parties divisées des adhésions qui empêchent les hémorrhagies, la propagation des scènes phlegmasiques et l'absorption des liquides malfaisants.

On va voir que parmi les substances appelées vulgairement *poisons*, il s'en trouve dont l'énergie dépend primitivement d'une réaction chimique.

CHAPITRE II.

AGENTS INTOXICANTS.

ARTICLE PREMIER. — POISONS.

La définition du *poison* généralement acceptée est celle d'Orfila [1]: toute substance qui, prise intérieurement à petite dose ou appliquée de quelque manière que ce soit sur un corps vivant, détruit la santé ou anéantit entièrement la vie.

Je modifie cette définition, et je dis : le poison est toute substance qui, à petite dose et sans prédisposition spéciale du sujet, provoque et entretient par sa présence des effets morbides graves et pouvant être promptement mortels.

Ma définition diffère de la précédente en trois points :

Elle stipule que le poison, tout énergique qu'il soit, n'est par rapport aux conséquences vitales qu'il amène qu'une cause provocatrice. Le corps vivant, entraîné par le poison vers la phlegmasie, vers le narcotisme, vers la convulsion, etc., est exclusivement l'auteur de ces processus pathologiques.

Par l'addition : *sans prédisposition spéciale du sujet*, j'empêche de confondre avec les poisons les substances qui, quoiqu'à petite dose, se comportent exceptionnellement comme ces derniers chez un individu dont l'impressionnabilité est excessive. Une impressionnabilité ordinaire suffit au vrai poison.

Nous ferons bientôt connaissance avec des agents qui, malgré l'exiguité de la dose, provoquent la maladie et même une maladie mortelle, et qui doivent pourtant être mis à part. Aussi ai-je indiqué que les effets suscités par les poisons sont des maladies dé-

[1] Orfila ; *Traité de médecine légale*, 1832, tom. III, pag. 9.

pendantes, attachées à la présence matérielle de la substance toxique. Il n'en est pas ainsi pour les maladies qui suivent l'action des agents auxquels je fais allusion, car ces maladies sont des affections. La différence du mécanisme des effets consécutifs exige qu'on en admette une proportionnelle entre, d'une part l'arsenic, la strychnine, etc., et de l'autre l'effluve marécageux, le virus variolique, etc. Si l'on tient à appeler ces derniers des poisons, j'y consens, pourvu qu'on m'accorde qu'ils donnent lieu à des maladies d'une autre sorte que celles qui sont provoquées par les poisons ordinaires.

Le mot *empoisonnement* a deux significations : il comprend l'action de donner du poison, et la maladie qui succède à l'ingestion du poison. Dans un dictionnaire bien fait, la seconde signification serait supprimée et, à la place, on mettrait *intoxication*.

La plupart des poisons viennent du dehors ; ce sont des substances naturelles ou artificielles qui, une fois formées, ont par nature une propriété délétère.

De même qu'une substance innocente devient vénéneuse quand un poison y est ajouté, ainsi les liquides du corps : bile, sérosité, suc gastrique, lait, pus, sont dangereux après certaines dégénérations qui y introduisent des stimulus hostiles. Les observations ne manquent pas, qui prouvent que nos humeurs subissent parfois des altérations qui les rendent redoutables. Je ne confonds pas, bien entendu, ces faits avec ceux où il n'y a qu'incompatibilité : la bile normale, par exemple, si elle pénètre dans le thorax, y provoque des réactions funestes, et personne ne songe à l'inscrire parmi les poisons. A ce compte, tout pourrait être poison.

N'est pas davantage poison une substance qui, par suite d'une idiosyncrasie singulière, suscite, chez tel sujet, des accidents fâcheux. Pour qu'une substance soit admise au nombre des poisons, il faut qu'elle exerce une influence malfaisante sur la majorité des sujets.

De même encore, une substance ne sera pas effacée de la liste des poisons lorsque, par une autre idiosyncrasie aussi rare que la précédente, elle sera parfaitement tolérée. Évidemment je dois laisser de côté les substances qui sont exceptionnellement vénéneuses par suite de circonstances toutes spéciales.

Anglada, dont les excellents travaux toxicologiques ont précédé ceux d'Orfila, a établi dans son *Traité de toxicologie générale* une

distinction excellente: c'est celle des poisons *chimiques* et des poisons *dynamiques*.

L'usage veut qu'on appelle poisons l'acide sulfurique, la soude, la potasse caustique, introduits dans l'estomac. Ces agents, on s'en souvient, détruisent nos parties chimiquement. Ce sont donc des poisons chimiques, et avec eux toutes les substances dont la qualité hostile s'explique de cette manière.

Les poisons dynamiques sont ceux dont l'action porte principalement sur les facultés vitales des organes et de l'ensemble.

§ I. Poisons chimiques.

Le poison *chimique* agit partout où il rencontre les mêmes affinités, que le tissu soit vivant ou mort. Il est impossible de s'y soustraire : tous les animaux sont égaux devant lui ; vainement chercherait-on à s'y habituer.

Le poison chimique attaque la bouche, l'œsophage, et s'affaiblit d'autant. Arrivé dans l'estomac, il peut y rencontrer des matières sur lesquelles il exerce ses réactions, et l'estomac n'est atteint que par ce qui reste à l'état d'une suffisante concentration. S'il est dilué, ce poison perd de son énergie et devient un poison dynamique. Étendu dans une plus grande quantité d'eau, il peut constituer une boisson bienfaisante : limonade sulfurique, soda-water, etc. En cet état, il est saisi par l'absorption, mais ses propriétés chimiques sont entièrement neutralisées par rapport à nos tissus. Il n'en est pas ainsi des poisons qui attaquent les tissus autrement que par leurs affinités chimiques.

Il résulte de ce qui précède que les poisons chimiques rentrent dans la classe des agents traumatiques de même nom que j'ai étudiés dans le dernier chapitre. Pour les mêmes motifs, je range parmi les agents traumatiques physiques les substances que quelques-uns ont appelées agents mécaniques : le verre grossièrement broyé, par exemple, ou tout autre corps capable de blesser l'estomac par la pointe et par la forme anguleuse des fragments.

Les poisons dynamiques représentent donc la principale matière de la toxicologie. C'est sur eux que je dois m'arrêter.

§ II. Poisons dynamiques.

Certainement, le poison *dynamique* lèse la partie vivante avec laquelle il est en conflit. Mais, ou bien cette lésion, inappréciable

en soi, n'est pas de celles que l'anatomie connaît et décrit; ou bien la lésion tombe sous les sens, et alors d'ordinaire elle ne s'établit pas instantanément et le mécanisme de sa formation n'est pas celui des réactions chimiques connues. La distinction faite par Anglada reste toujours légitime.

L'absence de tout désordre appréciable dans les cas les plus graves est un fait qu'on ne peut nier. Peut-être, probablement, existe-il dans le système nerveux, dans le sang si l'on veut (cette dernière idée est maintenant en faveur et expérimentalement poursuivie), une dégradation matérielle qui est le point de départ des accidents survenus; mais cette recherche n'a pas encore donné des résultats qui puissent entrer régulièrement dans la science. Il ne suffit pas d'admettre la possibilité d'une altération matérielle du sang qui, quoique imperceptible, le prive brusquement de ses facultés animatrices et amène une mort rapide; il faut que cette possibilité soit changée en certitude; il faut de plus que les rapports de cette altération avec ses effets me soient assez connus pour que j'en tire des déductions utiles à la pratique. Jusque-là j'aurai le droit d'accuser les partisans des lésions imperceptibles de faire un roman, et je trouve prudent de m'en tenir aux altérations démontrables qui me sont utiles pour le diagnostic et pour la thérapeutique. C'est là la vraie, la seule anatomie pathologique qui mérite confiance.

En conséquence, jusqu'à plus ample informé, je déclare ne pas comprendre le mécanisme organique de la mort qui survient vite ou lentement après l'application d'un poison violent: acide cyanhydrique, curare, arsenic, sublimé, etc., lorsque ces agents n'ont laissé après eux aucune altération saisissable, et aussi lorsque l'altération constatée ne peut pas me donner l'explication de l'événement. Mystère pour mystère, je préfère croire à une lésion des facultés vitales, croyance qui est légitimée par une multitude d'autres faits analogues, dont plusieurs, ainsi qu'on va le voir, sont fournis par la toxicologie elle-même.

L'action d'un poison se propage en partant du lieu où il est d'abord appliqué et gagne ainsi les organes importants, d'où la gravité des conséquences. Comment se fait cette propagation? Il y a deux modes possibles: l'absorption, la sympathie.

L'absorption est admise par tout le monde. Le poison est reconnu dans les organes, dans les liquides évacués par voie d'excrétion.

L'absorption est donc surabondamment prouvée. Mais peut-on induire de là que les lésions des organes éloignés du lieu d'application sont dues exclusivement à la présence matérielle du poison charrié dans les vaisseaux? Il y a beaucoup de raisons pour ne pas le croire. On a opposé à cette doctrine la rapidité avec laquelle ces lésions étaient parfois formées, rapidité telle que la présence matérielle du poison ne pouvait être invoquée. A mon sens, l'objection conserve sa valeur malgré les faits qui démontrent l'étonnante promptitude avec laquelle certaines substances sont transportées des parties les plus éloignées dans le poumon. Il faudrait prouver que la substance vénéneuse expérimentée est pareillement transportable.

L'absorption répand le poison dans un grand nombre de parties à la fois. La quantité qui parvient à chacune de ces parties est généralement très-minime. Supposons que cette petite quantité suffit; pourquoi alors tous les organes ne sont-ils pas atteints? Pourquoi quelques-uns, un seul, quand le poison est partout? Pourquoi les organes où le poison est découvert ne sont-ils pas les plus malades?

Dans certains cas, la dose de l'agent toxique saisie par l'absorption est si faible qu'elle ne peut être indiquée par la balance. On place du tabac sur une plaie, et presque instantanément l'estomac témoigne sa souffrance par des vomissements; et cependant le tabac n'a rien perdu de son poids. Une pilule d'opium provoque une lésion du cerveau dont le narcotisme est la conséquence. Cette pilule est rejetée et elle paraît entière. Les faits de ce genre ont présenté une particularité qui ne s'accommode guère avec la théorie de l'absorption, que je combats. C'est que, le poison étant enlevé ou rejeté, les accidents cessent immédiatement, et pourtant la portion de poison absorbée est toujours présente. Alors, pourquoi la lésion disparaît-elle?

Si l'absorption était tout, il suffirait d'appliquer une substance sur une partie absorbante pour que l'effet éloigné se produisît, et cependant il faut souvent autre chose. Un individu est parvenu, grâce à l'assuétude, à ingérer impunément des doses considérables d'opium, d'alcool. Une petite dose des mêmes substances introduite dans le rectum donnera lieu, chez lui, à des accidents d'intoxication.

Je conclus que, pour que les effets éloignés soient produits:

1° l'organe producteur de ces effets doit être en communication avec la partie où le poison est appliqué, autrement que par l'absorption ; 2° que le rôle de cette partie ne consiste pas seulement à livrer passage à l'agent toxique.

Quel est donc le fait qui remplit la lacune laissée par l'absorption? c'est la sympathie.

La sympathie implique une sensibilité vitale appropriée dans le lieu où a été opérée l'application du poison, et, de plus, une libre communication de ce lieu avec le reste du corps par les liens vasculaires et nerveux.

La sympathie, dans tel cas, remplit le rôle principal ; dans tel autre, c'est l'absorption. Le plus souvent il faut invoquer l'une et l'autre tout à la fois.

La propagation par sympathie est manifeste lorsque l'effet du premier contact est une lésion importante : par exemple, la phlegmasie de l'estomac, de l'intestin. C'est par le retentissement de cette lésion qu'ont lieu celles qui ont pour siége d'autres organes : cœur, cerveau, etc. L'absence d'une lésion appréciable sur le point où le toxique est appliqué, n'est pas une raison pour nier la sympathie.

L'absorption multipliant les points de contact, multiplie aussi les points de départ des irradiations sympathiques.

Qu'il y ait sympathie, absorption, l'indication est la même : c'est celle d'enlever, de neutraliser le poison.

Les retentissements sympathiques diffèrent selon la nature du poison : la cantharide atteint spécialement les organes urinaires ; la noix vomique, la moelle épinière ; les narcotiques, le cerveau, etc., etc. La toxicologie spéciale fait connaître ces particularités dans l'histoire de chaque agent toxique.

Ce qui est relatif à l'absorption et à ses suites, en ce qui concerne le poison lui-même, se prête à quelques considérations générales que je dois exposer ici.

L'épiderme est un obstacle à l'absorption cutanée. Cet obstacle est diminué quand on emploie le procédé de la friction. La peau étant intacte, on prend impunément des bains contenant en dissolution des poisons très-énergiques.

Il y a moins de sécurité si la peau est dénudée. Dans ce cas, l'absorption se fait aisément. Lorsque aucun produit de formation nouvelle n'est interposé entre la matière toxique et les agents de

l'absorption, et si cette matière est suffisamment abondante, son introduction dans l'économie a des conséquences fâcheuses. C'est à l'absorption qu'est due l'intoxication par voie cutanée. L'irradiation sympathique y tient d'ordinaire une petite place.

L'absorption par les muqueuses est facile. De tous les organes à surface muqueuse, l'estomac est celui qui entretient le plus de sympathies avec le reste du corps. Aussi l'intoxication par cette voie, du reste la plus commune, comme on le sait, se fait-elle dans les conditions les plus favorables. Certains poisons présentent pourtant une exception à cette règle. L'acide hydrosulfurique, si délétère quand il est respiré, est impunément avalé. Il en est de même du curare, si terrible dans ses effets quand il est introduit sous l'épiderme. Nous verrons, dans l'article suivant, que les venins offrent la même particularité. Très-certainement ces agents sont promptement décomposés par la réaction du suc gastrique.

L'intoxication par les tissus que ne protégent pas la peau ou une muqueuse, est prouvée par une multitude d'expériences.

Naturellement elle est très-prompte et très-énergique lorsque le poison est introduit dans les vaisseaux sanguins.

Peu de temps après que le poison a pénétré dans le corps, un travail commence, qui a pour but son expulsion par les émonctoires naturels. Ce travail est en voie d'éxécution pendant les symptômes les plus funestes survenus sous l'influence de l'agent toxique; il continue même jusqu'à la mort. Sa durée totale, dans les cas heureux, varie selon l'espèce de poison. Les préparations de plomb et de cuivre sont celles qui exigent le plus de temps, neuf mois environ. Je renvoie le lecteur, pour les détails, à la thèse inaugurale de M. Louis Orfila[1]. Il résulte des expériences consignées dans cette thèse, qu'aucune substance toxique ne peut exister indéfiniment au sein de l'organisme. L'opinion qui rattache certaines maladies chroniques opiniâtres à la présence matérielle d'un poison, doit donc être abandonnée.

Il suffit de rappeler que tous les règnes de la nature peuvent fournir des poisons; qu'il en est de gazeux, de fluides, de liquides; que plus ils sont solubles dans nos humeurs, plus facilement ils sont absorbés et plus ils sont dangereux par conséquent.

[1] L. Orfila : *De l'élimination des poisons.* Comparaison des procédés proposés pour rechercher le plomb, le cuivre et le mercure contenus dans les substances organiques. Paris, 1852.

De toutes les classifications qui ont été proposées, la plus en crédit est celle qui les divise en irritants, narcotiques, narcotico-âcres, septiques.

Les maladies par intoxication sont des réactions ou des subactions ayant des caractères spéciaux selon l'espèce du poison. La même maladie présente fréquemment des réactions et des subactions associées.

Tant que les lésions provoquées n'ont pas amené des désordres irréparables, il suffit de neutraliser ou d'expulser le poison pour enrayer la marche des accidents.

ARTICLE II. — VENINS.

Les *venins* sont des poisons dynamiques formant un groupe distinct et méritant une place à part.

Ils sont le produit d'une sécrétion hygide ; ils servent à l'animal de moyen d'attaque ou de défense. Il paraît certain qu'ils n'agissent qu'à la condition d'être inoculés; déposés sur la peau, sur une muqueuse intactes, ils ne produisent aucun effet. L'énergie du venin de certains serpents (crotales, vipères, etc.) est très-grande; celle du venin des araignées, des scorpions, des abeilles, etc., est relativement médiocre. Cette énergie augmente dans les pays chauds. Les effets dynamiques des venins ont pour chacun des traits particuliers, mais ils sont réductibles, comme ceux des poisons, à des réactions, à des subactions.

CHAPITRE III.

AGENTS INFECTIEUX.

Je comprends sous ce nom trois sortes d'agents dont chacun provoque des accidents morbides spéciaux : *marématiques, typhiques, septiques.*

Ces agents ont des propriétés communes. Leur forme est halitueuse; ils s'introduisent avec l'air dans les voies respiratoires, où ils sont absorbés. Ils s'attachent aux corps poreux, anguleux, qu'ils pénètrent, et là, suffisamment accumulés, forment des foyers persistants plus ou moins dangereux. D'après quelques faits, l'eau qui les contient étant ingérée dans l'estomac, peut donner lieu à la

même maladie que lorsqu'ils sont respirés flottant librement dans l'atmosphère.

Ces agents affectent désagréablement l'odorat; toutefois leur hostilité n'est pas en rapport avec leur mauvaise odeur. Il en est qui, quoique peu odorants, sont très-malfaisants ; tandis que certaines substances dont la fétidité est très-grande, sont innocentes. La chaleur favorise la formation des agents dont je parle. Ils se répandent alors largement dans l'atmosphère. Le froid les condense, et à la suite de cette condensation leur énergie morbifique augmente.

Ils s'échappent des corps vivants, végétaux ou animaux. Ils sont le produit de fermentations dont les corps morts sont le théâtre. Leur origine animale, végétale, ou tout à la fois végétale et animale, les distingue de ceux qui sont le produit de la volatilisation des substances minérales.

Je les distingue selon les sources d'où ils proviennent ; ils prennent, dans ces différentes conditions, les noms d'effluve, de miasme, d'émanation putride.

ARTICLE PREMIER. — EFFLUVE.

Effluve, du mot latin *effluvium*, s'entend de tout produit gazéiforme, malfaisant, fourni par un végétal.

Certains végétaux vivants (mancenillier, etc.) donnent de pareilles exhalaisons.

Lancisi[1] a proposé de désigner ainsi les émanations marécageuses, et ce nom est resté. Très-probablement des productions animales peuvent se mêler à l'effluve et en accroître l'énergie; mais certainement l'effluve est un produit particulièrement végétal.

L'effluve est appelé *paludéen*, *marématique*, parce que les marais en sont le principal foyer de production. Tout le monde sait ce qu'est un marais : c'est un amas d'eau stagnante contenant des détritus végétaux et animaux. Tant que l'eau est abondante, le marais ne fournit pas d'effluves dangereux. Mais lorsque, par l'effet de la chaleur, la quantité d'eau a beaucoup diminué, les détritus se rapprochent, viennent au contact et réagissent entre

[1] Lancisi; *De noxiis paludum effluviis eorumque remediis*, libri duo, 1718.

eux. L'effluve est le résultat de ce travail moléculaire. Avant de chercher à pénétrer le mystère de sa formation, une question préalable se présente : Quel est le rôle de l'effluve marécageux dans l'étiologie des fièvres d'accès dont le quinquina est le principal remède ?

Aux yeux de l'immense majorité, l'effluve est la cause provocatrice la plus puissante de ces maladies. Quelques auteurs ont voulu réduire cette action ; certains même l'ont niée, et lui ont substitué des modifications thermo-électriques, des mutations brusques de l'atmosphère, une grande chaleur diurne succédant à la froideur des nuits, des travaux fatigants exécutés en plein air et qui exposent les sujets à ces intempéries.

Ces auteurs affirment que dans beaucoup de localités fiévreuses il n'y a pas de marais. Leurs adversaires soutiennent que ces localités sont marécageuses. Comment se peut-il qu'on ne s'accorde pas sur ce fait matériel ? Cela se conçoit lorsque, dans l'intérêt d'une théorie, on a le désir de diminuer la valeur d'une cause dont on ne veut pas. A mon sens, la vérité est que partout où les fièvres d'accès règnent endémiquement, on doit les rapporter à l'effluve paludéen. L'observation justifie cette règle. La chaleur et les autres causes indiquées remplissent alors le rôle d'auxiliaire.

Suit-il de là que la fièvre d'accès soit impossible là où il n'y a pas d'effluve paludéen ? C'est pareillement au nom de l'observation que je soutiens le contraire. On a vu plus d'une fois les fièvres d'accès s'abattre épidémiquement sur des localités qui d'ordinaire ne les connaissent pas. Quel est le médecin qui n'a pas traité des fièvres d'accès sporadiques contractées là où il n'y a rien de marécageux ?

Les partisans de la nécessité absolue de l'effluve disent que partout on rencontre quelque chose qui rappelle le marécage, car partout se trouve de l'eau contenant des matières organiques. Cela est vrai, mais non la conclusion qu'on en tire. Pourquoi, en effet, tant de localités sont-elles sans fièvres d'accès ? Ce qu'on invoque est donc une cause de soi insuffisante, et, pour que la fièvre apparaisse, il faut autre chose. C'est abuser étrangement des mots, c'est s'écarter des règles d'une observation impartiale, que d'assimiler à un marais les eaux ménagères d'une maison bien tenue. L'air marécageux, l'effluve véritable, n'existe que là où il y a un marais ou l'équivalent d'un marais.

Si donc on consulte les faits sans les torturer, on arrive à ceci : 1° que la fièvre d'accès peut s'établir chez un sujet sans cause provocatrice appréciable ; 2° que la fréquence de cette fièvre au printemps et à l'automne démontre l'influence exercée sur sa production par les mutations atmosphériques brusques et multipliées ; 3° que l'effluve marécageux est l'agent le plus puissant, le mieux approprié pour l'effet morbide dont il s'agit.

Que sait-on sur la nature de l'effluve et sur les conditions favorables à sa production, à son action spéciale ?

§ I. Effluve marécageux.

Son histoire, comme tant d'autres en médecine, présente un mélange d'ombre et de clarté. Parmi les choses qui ont été dites à son sujet, j'indiquerai celles qui, d'après moi, sont certaines, celles qui sont probables, celles qui manquent de preuves suffisantes. Savoir qu'on ignore et pourquoi l'on ignore, est un progrès relativement à la fausse science.

Écartons l'idée que l'effluve est le produit de l'exhalaison de plantes vivantes qui rencontrent les éléments de leur végétation dans les eaux croupissantes. Je crois qu'on s'égare en cherchant de ce côté, et je me dispense de nommer les espèces végétales qu'on a incriminées.

La véritable source de l'effluve est une espèce de décomposition de matières végéto-animales, décomposition que favorisent la chaleur et l'humidité, et qui s'opère principalement dans le marais proprement dit.

Il y a d'autres foyers d'où sortent de semblables émanations et qui sont l'équivalent du marais.

Dans les pays tropicaux, après la saison sèche, la terre est couverte de détritus végétaux et animaux. La pluie, succédant à la sécheresse, fournit l'eau nécessaire à la décomposition dont je parle, et les fièvres surviennent en grand nombre.

Sous l'action d'une chaleur forte et continue, le sol se resserre et il se forme des crevasses plus ou moins profondes, par où l'air pénètre dans les couches humides inférieures. Les conditions voulues pour la formation de l'effluve sont alors réunies, et si la quantité de ce dernier est assez abondante, le pays sera fiévreux. C'est ce qu'on observe sur le littoral méditerranéen, surtout en Corse, en Algérie.

L'effluve se forme également lorsqu'on défriche une terre vierge ou longtemps inculte. Il y a là encore des matières végéto-animales qui sont mises en rapport avec l'atmosphère.

Un sol argileux, fortement chauffé par le soleil, favorise l'établissement des fièvres d'accès. Cela se conçoit : l'argile retient l'eau nécessaire au mouvement de décomposition. Il paraît constaté que les fièvres sont plus nombreuses et plus mauvaises dans les localités où la couche argileuse repose sur un sol volcanique. Si les fièvres se montrent parmi les habitants des terrains calcaires, c'est que l'effluve est fourni par les localités voisines.

Le mélange de l'eau douce et de l'eau salée réalise les conditions nécessaires à la formation de l'effluve. Ce mélange tue les myriades d'animaux et de végétaux qui vivent dans l'une et dans l'autre de ces eaux, et, si les autres circonstances sont favorables, la décomposition de cette multitude de petits cadavres s'opère sur une grande échelle. De là, l'effluve et ses conséquences morbides.

Au fond, c'est partout le même fait, une réaction se réalisant sur des matières organiques à l'aide de l'humidité, de l'air atmosphérique et de la chaleur. Cette réaction doit-elle être assimilée à une des fermentations dont les éléments, le mécanisme et les produits sont connus ? Non ; tout est à peu près à faire dans ce cas spécial. Il faut se contenter de ces expressions vagues qui n'engagent pas l'avenir : altération, décomposition.

Qu'est l'effluve qui sort de là ? Sa nature chimique est-elle toujours la même ou diverse ? est-ce au moyen de différences dans sa quantité ou dans sa qualité que l'effluve provoque des fièvres bénignes, des fièvres graves, des fièvres continues, rémittentes, ou intermittentes ? On a beaucoup travaillé dans ce sens, et le résultat de ces recherches a jusqu'à présent été médiocre.

Est-on parvenu à isoler l'effluve ? La chose est douteuse. Il n'est pas certain que le résidu organique qu'on a extrait de l'air marécageux soit la matière de l'effluve. Ce résidu est délétère, nous dit-on ; mais toutes les exhalaisons concentrées le sont également. Suffit-il que ce résidu soit suspendu dans l'air, ou bien a-t-il besoin, comme auxiliaire, de l'hydrogène sulfuré provenant de sa réaction sur les sulfates ? ne faut-il pas accorder une part, dans l'action, au gaz des marais (hydrogène protocarboné mélangé d'acide carbonique et d'azote) ? Ces opinions et beaucoup d'autres ont été proposées. Tout cela est encore à l'état d'hypothèse. En somme,

malgré tant d'expériences faites par les hommes les plus habiles, l'effluve est encore chimiquement inconnu.

Son étude médicale a été plus heureuse, et nous avons sur son compte des notions qui ne manquent pas d'intérêt.

Un certain degré de chaleur est indispensable. La fièvre d'accès disparaît aux approches des pôles, et partout où le froid règne souverainement. Elle se multiplie dans les lieux marécageux des zones tempérées. Elle prend généralement des formes plus redoutables dans les pays décidément chauds. L'effluve entre-t-il dans l'étiologie de la dysenterie, de la fièvre jaune et d'autres maladies? de quelle manière, à quelles conditions? La science n'est pas suffisamment avancée sur ces points pour se prononcer.

Dans nos pays, c'est à la fin de l'hiver et surtout à la fin de l'été que l'effluve manifeste son influence malfaisante.

L'effluve est plus pesant que l'air. Pendant le jour, la chaleur développe sa force expansive et le dissémine dans l'atmosphère; quand il est ainsi divisé, atténué, son activité diminue. Pendant la nuit, il se condense et s'accumule dans les couches inférieures. C'est le moment de sa plus grande énergie. Les lieux qui par leur élévation sont placés au-dessus des couches infectées, sont salubres. Au-dessous et parfois même à une petite distance, on n'est pas préservé.

L'effluve est transportable par les vents et peut porter la maladie dans des pays dont le sol n'est nullement marécageux. Il faut pour cela que le vent ait une direction, sinon constante, du moins habituelle. On explique ainsi la préservation de navires qui stationnent non loin d'un littoral marécageux où la fièvre règne.

C'est par la respiration que l'effluve s'introduit dans l'organisme. Un fait raconté par M. Boudin[1] démontre que l'eau marécageuse prise habituellement en boisson, peut provoquer des fièvres semblables aux autres.

Les erreurs d'hygiène facilitent l'action de l'effluve. Cette action s'exerce sur tout le monde, étrangers et indigènes. Les enfants ne sont pas respectés. Si les vieillards paraissent l'être généralement, c'est que par leur genre de vie ils sont moins exposés.

Le temps qui s'écoule entre l'impression malfaisante et l'appa-

[1] Boudin; *Essai de géographie médicale*, 1843, pag. 53.

rition de la maladie ne dépasse pas d'ordinaire douze ou quinze jours. Il y a de nombreuses exceptions à cette règle.

Les effets morbides qui succèdent à l'action de l'effluve peuvent être divisés en deux catégories. Dans la première se trouvent les fièvres d'accès proprement dites, continues, rémittentes, intermittentes, bénignes, pernicieuses, régulières, irrégulières.

Une autre maladie, essentiellement chronique dès son début, est la conséquence de cette action, mais seulement dans les localités très-marécageuses. C'est une altération lente de tout le corps, sans fièvre, sans accès, avec faiblesse progressivement croissante ; avec apathie, anémie, développement physconique de l'abdomen ; souvent avec tuméfaction de la rate. Le sujet dépérit en cet état, ou bien il devient hydropique. Cette maladie, dont le quinquina n'est pas le spécifique, ne me paraît pas devoir être mise sur le compte de l'effluve seul. L'excès d'humidité de l'air y entre pour une bonne part, comme dans la formation de la scrofule, avec laquelle elle a de frappantes analogies.

ARTICLE II. — MIASME.

Les *miasmes* sont des émanations qui proviennent des animaux vivants. Par la raison qu'un animal se nourrit, il faut qu'il se débarrasse des matériaux usés qui lui ont servi et qui sont devenus impropres à la vie. La peau, la muqueuse pulmonaire surtout, fournissent des gaz, des vapeurs contenant une matière organique qui est un excrément au même titre que l'urine, que les fèces. Tout animal est un foyer d'où s'échappent des émanations de ce genre. Dans les circonstances ordinaires, l'air n'est pas vicié; l'air se vicie quand il y a agglomération d'un grand nombre d'individus.

Les miasmes qui s'élèvent du corps des animaux herbivores sont moins nuisibles. On fait, dans les pays froids, passer impunément l'hiver aux bestiaux réunis en grande quantité dans des étables souvent mal aérées; les gardiens y couchent sans incommodité. La chimie n'a pas trouvé la raison de la différence qui existe, sous ce rapport, entre les miasmes des herbivores et les miasmes des carnassiers.

Le miasme, quand il est gazéiforme, est plus altérable que l'effluve; du moins est-il vrai qu'il suffit de le mettre en large communication avec l'atmosphère pour en empêcher les effets.

Le miasme s'attache fortement aux tissus et principalement aux tissus de coton, de laine. Il faut une longue aération pour les en débarrasser. La science possède pour cela des procédés efficaces, connus sous le nom de procédés de désinfection.

Les murailles longtemps exposées aux miasmes s'en imprègnent d'autant mieux que leur surface et la substance qui les recouvre sont inégales, poreuses. Les plâtres deviennent ainsi de véritables nids de miasmes qui résistent à un simple nettoyage. L'assainissement exige parfois leur enlèvement complet.

Tout étant égal d'ailleurs, les enfants, les femmes, les femmes en couches surtout, exhalent une plus grande quantité de miasmes.

Les sujets atteints de maladies qui donnent lieu à des sécrétions abondantes (dysenterie, phlegmasie suppurative), sont les plus dangereux.

Tout encombrement, et particulièrement s'il s'agit de malades, donne lieu au typhus, qui est le type le plus expressif, le plus complet des maladies typhoïdes. C'est encore au miasme qu'il faut attribuer la modification des plaies qui caractérise la pourriture d'hôpital.

Le typhus est observé en Europe dans les hôpitaux, dans les bagnes, dans les vaisseaux, etc., partout où de nombreux habitants vivent dans un espace trop étroit; l'oubli des soins hygiéniques, le défaut de ventilation, la saison chaude, en favorisent l'établissement. Le froid n'est pas un préservatif si l'encombrement dépasse certaines limites.

Dans les localités où le froid est extrême, le typhus est inconnu. Dans les pays chauds, les maladies provoquées par les miasmes ont un caractère typhoïde très-prononcé, mais différant assez notablement du typhus européen pour constituer des espèces morbides particulières.

La fréquence de la fièvre typhoïde dans les grandes villes doit s'expliquer en partie par la plus grande quantité de miasmes qui y sont exhalés, par suite de la densité de la population.

On peut s'habituer aux miasmes. Les personnes qui ont fait un long séjour dans les hôpitaux résistent à leur action dans les temps ordinaires. Les nouveaux venus doivent s'acclimater. De là, la gravité relative des maladies dans les hôpitaux comparée à ce qu'on observe dans la pratique civile.

Il n'est pas difficile de dire ce qu'il faudrait faire pour qu'un

hôpital fût un lieu salubre. Les Anglais paraissent avoir résolu ce problème pratique d'une façon satisfaisante. En France, des considérations particulières ont jusqu'à présent empêché de réaliser de pareilles améliorations.

Une large aération, la destruction des foyers, l'éparpillement des malades, sont les meilleurs moyens de préservation et de traitement. Les agents désinfectants (chlore, chlorures, acide chlorhydrique, acide nitrique, etc.), n'ont qu'une action restreinte et ne sont que des auxiliaires, des pis-aller, quand on ne peut faire autrement.

ARTICLE III. — ÉMANATION PUTRIDE.

Elle est le produit de la putréfaction des cadavres des animaux.

Les végétaux sont-ils susceptibles d'une décomposition autre que celle dont il a été question à propos de l'effluve, et agissant à la façon de l'émanation putride? On conçoit un concours de circonstances telles qu'il puisse en être ainsi. Je crois donc qu'on a donné son étiologie vraie à une épidémie de fièvres putrides très-malignes observée en Angleterre, à Oxford, dans le collége de Wadham et dans le voisinage, en la rattachant à la putréfaction d'une énorme quantité de choux mis en tas et abandonnés. La décomposition des végétaux azotés comme le chou et ainsi amoncelés, fournit des produits qui se rapprochent beaucoup de ceux de la putréfaction animale.

La putréfaction animale diffère quant à sa lenteur, à sa vitesse, quant à l'abondance et à la nature de ses produits, selon des conditions de détail dont je ne dois pas m'occuper. Je la suppose agissant en toute liberté.

Elle fournit de l'hydrogène carboné, de l'hydrogène sulfuré, de l'hydrogène phosphoré, de l'ammoniaque, de l'hydrosulfate d'ammoniaque, du carbonate d'ammoniaque, de l'acide carbonique. Il faut ajouter une matière animale qui est entraînée par ces gaz et par la vapeur d'eau ; on lui a donné le nom de gaz septique, et elle remplit très-probablement le principal rôle.

L'humidité du cadavre, de l'air ambiant, du terrain, favorise la formation de l'émanation putride. Une température de 15 à 25 degrés hâte la putréfaction. Celle-ci est arrêtée au-dessus de 50 degrés et au-dessous de zéro. Il est bon de remarquer que les

cadavres congelés se putréfient très-promptement lorsque la température s'élève.

Comme le miasme, l'émanation putride perd sa vertu malfaisante par sa dissémination dans l'atmosphère. Elle est d'autant plus active qu'on est plus près du foyer. Le fait suivant autoriserait à croire que l'émanation putride est relativement pesante. Lors de l'exhumation des cadavres du cimetière des Innocents à Paris, les caves des maisons voisines étaient devenues tellement insalubres qu'on y éprouvait de la gêne pour respirer. Plusieurs personnes y contractèrent des fièvres putrides et malignes. L'émanation putride peut donc ne pas être entraînée, gagner les couches inférieures de l'atmosphère, et rester accumulée dans les lieux non ventilés.

L'effluve transporté par les vents conserve son activité dans un rayon considérable ; il n'en n'est pas ainsi du miasme et de l'émanation putride.

Celle-ci est toujours fortement et désagréablement odorante. Toutefois cette qualité peut survivre à sa vertu malfaisante. Autour d'un foyer de putréfaction, on a la mauvaise odeur et la maladie ; à une certaine distance, on est seulement incommodé par l'odeur.

Les effets morbides provoqués par la respiration des émanations putrides, sont ceux dans lesquels le fait principal est constitué par le relâchement du *nexus* vital qu'en médecine pratique on appelle *putridité*. La relation étiologique est évidente lorsque le foyer est considérable. Forestus rapporte qu'une baleine monstrueuse fut jetée sur un point des côtes de la Hollande. Son cadavre, abandonné à lui-même, devint la source d'émanations qui se répandirent très-loin, à en juger par l'odorat, et qui, dans le voisinage, suscitèrent une maladie putride qui fit un grand nombre de victimes. L'analogue s'observe partout où se trouve un chiffre considérable de cadavres en putréfaction.

Les maladies qui succèdent à l'infection putride sont caractérisées par le relâchement des affinités moléculaires qui maintiennent les solides et les liquides dans leur composition normale. Il s'opère en eux des changements indiquant qu'ils sont passés à des combinaisons nouvelles qui, sans y arriver tout à fait, les rapprochent de celles de la putréfaction cadavérique. Ils sont connus depuis longtemps et désignés sous le nom de putridité. La *putridité* et la *typhoïdité* s'associent souvent ensemble ; mais dans la première, les phénomènes typhoïdes sont une conséquence ; de même que

la putridité survient dans les maladies typhoïdes avancées. L'adynamie est le trait d'union qui relie les deux ordres de phénomènes.

Les accidents auxquels donnent lieu les piqûres anatomiques, l'ingestion des viandes fumées qui se sont mal conservées, ont pour cause l'introduction dans l'économie d'une matière septique semblable, sauf la forme, à celle qui constitue l'émanation putride. Ils font partie de la famille des maladies dont cette émanation putride est l'agent provocateur.

CHAPITRE IV.

AGENTS CONTAGIEUX.

ARTICLE PREMIER. — VIRUS.

Le *virus* est un produit morbide : il a pour propriété caractéristique de provoquer la maladie d'où il provient. Il se distingue en cela de l'effluve, de l'émanation putride, du miasme fourni par des corps sains. Quant aux matières morbifiques qui proviennent des corps malades, nous verrons que tantôt elles sont virulentes, que tantôt elles ne le sont pas. La solution de ce problème sera moins difficile quand nous aurons fait connaissance avec le virus.

Le virus est une cause provocatrice spécifique. Une petite quantité a la même efficacité qu'une grande. Il n'en est pas ainsi des agents dont j'ai parlé jusqu'à présent, lesquels sont énergiques à proportion de leur masse. Les virus se rapprochent, à ce point de vue, du sperme, appelé par Pline *virus vitale*. On sait qu'un atome imperceptible de sperme suffit pour opérer une fécondation. Le virus est une cause puissante, même à l'égard des organismes les mieux portants, les plus vigoureux. Nous allons voir que le virus est en soi complètement inconnu. Voilà certes tous les caractères de la spécificité.

Le virus est le produit d'une maladie primitivement spécifique ou devenue telle. La variole, la syphilis, la rage, etc., sont spécifiques depuis leur commencement jusqu'à leur fin. La dysenterie, le typhus, etc., en devenant virulents, sont par ce côté semblables aux maladies spécifiques.

Toutes les maladies spécifiques ne sont pas virulentes : goutte, cancer, etc; mais la possibilité de leur virulence ne peut être niée d'une façon absolue.

Avant d'étudier les virus, une question préalable doit être résolue. Les maladies habituellement virulentes ont-elles nécessairement un virus comme antécédent, comme cause provocatrice? en d'autres termes, une maladie contagieuse est-elle toujours la conséquence d'une contagion? Je reponds non, sans hésiter. Certainement le cas qui a signalé la première apparition de chacune des espèces contagieuses s'est passé de virus. Puisque le virus n'est pas indispensable, il peut, sans aucun doute, se former de toute pièce dans le cours de la maladie. C'est ce qui arrive dans les maladies qui prennent, chemin faisant et exceptionnellement, la qualité contagieuse : typhus, fièvre typhoïde, dysenterie, érysipèle, etc. Le virus qui se forme alors ne procède pas d'un virus antérieur. La filiation de certaines maladies contagieuses (variole, rougeole, rage), est souvent interrompue, et quand il y a des lacunes incontestables, il faut bien admettre que le virus a pu se reconstituer. Pour soutenir qu'il s'est conservé pendant les intervalles, on est forcé de recourir à des hypothèses beaucoup moins croyables que le fait de cette reconstitution. Les cas de syphilis, de morve, sans contagion préalable, sont excessivement rares. Toutefois, en affirmant leur existence, je n'étonnerai que les médecins qui n'ont pas approfondi l'étude étiologique de ces maladies [1].

Après l'erreur de ceux qui sont convaincus de la nécessité constante des virus et de leur filiation non interrompue, vient l'erreur opposée qui consiste à nier les virus. L'école de Broussais ne voyait dans les agents ainsi nommés que des excitants comme les autres, sans vertu particulière et ne méritant pas, par conséquent, d'en être distingués. D'ailleurs, ajoutait-on, la preuve *de visu* de leur réalité dans la matière qui les enveloppe ne pouvant être faite, ils doivent être relégués parmi les chimères; ils sont un reste de ces causes occultes si fort en honneur dans le moyen âge et dont les esprits arriérés n'ont pu encore se débarrasser. A cela je réponds que l'affection syphilitique n'est pas plus démontrable de cette manière que ne l'est son virus. Qui a vu l'affection syphilitique? On ne la connaît que par ses effets. C'est

[1] Voir *Spontanéité morbide.*

pareillement par leurs effets que l'on connaît les virus. Les effets des virus sont, je pense, significatifs, et je trouve étrange qu'on appelle chimère, fiction, ce quelque chose dont je ne vois, j'en conviens, que l'extérieur, mais que je tiens au bout de ma lancette, et qui, déposé au-dessous de l'épiderme, fera naître, conformément à mes prévisions et presqu'à heure fixe, une espèce morbide très-accentuée, indéfiniment communicable de la même manière. Il s'est trouvé des médecins qui ont osé nier ces vérités et qui, martyrs de leur croyance, ont eu sur eux-mêmes le courage de leur opinion. La cause occulte, la chimère, a fait son office ordinaire. La science n'avait pas besoin de cette preuve; il n'y a eu de nouveau que quelques syphilitiques de plus.

§ I. Combien y a-t-il de virus?

A moins de pousser le scepticisme jusqu'à la déraison, on ne saurait contester l'existence de certains virus. Ce sont les virus rabique, syphilitique, vaccinal, variolique, morveux, charbonneux, ceux, en un mot, qu'on peut, comme je le disais tout à l'heure, tenir au bout d'une lancette et inoculer avec un succès à peu près assuré.

Les virus de la rougeole, de la scarlatine, bien qu'ils soient difficiles à recueillir, ne sont mis en doute par personne, tant les preuves de leur existence sont éclatantes et nombreuses.

Les virus des maladies accidentellement contagieuses (typhus, fièvre jaune, peste, fièvre typhoïde, dysenterie, dartres, etc.,) rencontrent des incrédules d'autant plus nombreux que les faits de contagion se raréfient. Tel qui accordera à la peste, au typhus, à la fièvre jaune, la possibilité de devenir virulentes, la refusera à la fièvre typhoïde, à la dysenterie etc., parce que d'ordinaire ces maladies ne sont pas contagieuses. Dans les questions de ce genre, le raisonnement suivant passe pour être sans réplique: Malgré la présence de circonstances favorables, je n'ai jamais vu la fièvre typhoïde se propager par contagion : donc elle n'est pas contagieuse. C'est ainsi qu'on a été amené à nier les virus de la peste, de la fièvre jaune. Une fois l'arrêt prononcé, on a rejeté systématiquement la contagion ; on s'est mis dans les plus mauvaises conditions pour la reconnaître ; car plutôt que de l'admettre, on a recours aux hypothèses les plus invraisemblables. Voilà pour-

quoi, en dehors des maladies citées plus haut, on ne s'entend plus. Ce que les uns nient, les autres l'affirment au nom de l'observation. Je crois que celle-ci légitime la croyance aux contagions exceptionnelles, et je dirai tout à l'heure mes motifs.

§ II. Que sont les virus?

Le chiffre des maladies contagieuses serait outre mesure restreint si l'on n'admettait comme telles que celles qui sont inoculables à volonté. Les virus des maladies non inoculables n'en existent pas moins, mais ils sont volatils et l'on n'a encore pu les recueillir. Peut-être trouvera-t-on plus tard les moyens de les capter.

D'après une vieille opinion qui conserve toujours quelque adhérent, tout virus serait un être vivant, un parasite, passant d'un individu à un autre, s'y multipliant et provoquant chez lui une maladie semblable à celle du sujet qui l'a fourni. Si les virus étaient des êtres vivants à la présence desquels les maladies contagieuses seraient attachées, il n'y aurait pas lieu de distinguer ces dernières des maladies parasitaires. Le groupe des contagions, n'ayant plus de raison d'être, devrait être effacé. Admettons qu'il en est pour la variole, pour la rage, comme pour la gale; celle-ci n'étant qu'une réaction spéciale en rapport avec le genre d'attaque que l'acare fait subir aux parties où il se fixe, la variole, la rage, seraient également des réactions spéciales. Ma définition du virus se trouverait fausse; car le virus, étant engendré par des êtres d'une espèce différente de la nôtre, n'est plus l'œuvre du corps vivant. De plus, j'aurais tort de ranger la variole, la rage, parmi les affections, puisque, étant parasitaires, elles ne seraient que des réactions. Mais si, comme j'en suis convaincu, et la majorité avec moi, les maladies que je viens de nommer sont des affections, si leur virus n'est pas un animal, un végétal, mais simplement un produit morbide, il y a lieu de les séparer des maladies parasitaires. D'après cela, la gale n'est pas une maladie contagieuse. Pour soutenir la contagion de la gale, il faut nier l'acare ou bien le considérer comme un fait accidentel, comme une complication dans la maladie. En définitive, le virus n'est pas une espèce végétale ou animale : ces deux idées s'excluent réciproquement.

On a essayé, sans succès, de donner le signalement physico-

chimique des virus. Les aspects révélés par le microscope n'ont rien de caractéristique et se retrouvent dans d'autres corps. La salive, le mucus, le pus, les plus virulents comme les plus innocents, sont chimiquement les mêmes. Quelle différence pourtant au point de vue physiologique ! Évidemment nous ne connaissons que les excipients des virus : ceux-ci en eux-mêmes échappent à nos investigations. Est-ce parce que la quantité du virus est très-minime? Se trouve-t-il à l'état de mélange intime et très-étendu, comme, par exemple, une huile essentielle qui procure ses qualités aromatiques à une grande quantité d'eau? Ou bien la qualité virulente est-elle attachée à un changement moléculaire de la salive, du mucus, du pus, changement que les chimistes ne sont pas encore parvenus à apprécier? On peut là-dessus adopter l'opinion que l'on voudra.

Certaines propriétés des virus (odeur, saveur) doivent être rapportées à la substance qui les enveloppe. On dit que les virus sont solides, liquides, gazeux ; on entend par là que la qualité virulente est attachée à une matière ayant l'une ou l'autre de ces formes.

Cette matière adhère aux corps poreux, à surface inégale, aux tissus, aux peaux d'animaux, etc., à toutes les substances, en un mot, qui mécaniquement offrent une configuration favorable.

La qualité virulente ne périt pas toujours avec le malade. Il est prouvé pour quelques virus, notamment pour le varioleux, le charbonneux, qu'ils conservent leur activité lors même que les cadavres des sujets qui les recèlent sont putréfiés. La matière change, le virus reste. Le vieux proverbe : *Morte la bête, mort le venin,* n'est donc pas ici applicable. Au contraire, d'après le Dr Ménécier [1], l'inoculation du virus rabique serait impossible après la mort de l'animal. Il serait utile de connaître les virus à ce point de vue, et les circonstances qui rendent les uns fragiles, les autres résistants.

Quand une matière a cessé d'être virulente, on dit qu'elle est morte. On exprime ainsi la fin d'un genre spécial d'activité. Tant que cette activité sera inexplicable par la physico-chimie, on sera autorisé à la considérer comme un reste de vie. Donc, jusqu'à plus ample informé, les mots virus vivant, virus mort, sont acceptables.

[1] Ménécier ; *Rapport au maire de Marseille sur la rage canine observée en 1864.* Paris-Marseille, 1865, pag. 22.

Les virus halitueux meurent vite quand ils flottent librement dans l'air. Accumulés sur un corps solide, aisément pénétrable et non ventilé, ils peuvent durer longtemps. En cela, les virus halitueux se comportent comme les miasmes.

Les virus liquides et les virus solides sont, tout étant d'ailleurs égal, moins altérables. Le virus charbonneux paraît avoir, de tous, la vie la plus dure. Le virus vaccin exige des précautions pour être conservé; il résiste difficilement à l'action de l'air, à la chaleur, au froid, etc. Le virus rabique est très-altérable; il perd sa vertu au bout d'un temps fort court[1]. Les acides, les alcalis puissants, les chlorures, tuent les virus. Ils doivent certainement cette propriété à leur action chimique sur l'excipient, dont l'état devient alors incompatible avec la persistance de la qualité virulente. Il en est ainsi de tous les agents reconnus expérimentalement comme pouvant détruire tel virus en particulier ou plusieurs.

Un fait d'un autre ordre et sur lequel la chimie ne peut nous renseigner, est celui des modifications éprouvées par les virus à travers les générations dans la même espèce. Les maladies contagieuses qui passent de l'homme à l'homme se sont adoucies depuis leur origine. La syphilis, la variole, la rougeole, etc., étaient, à l'époque de leur première apparition, autrement graves que celles que nous observons aujourd'hui. La vaccine provoquée par un virus qui s'est reproduit successivement sur une longue série de sujets, peut posséder ses qualités préservatives aussi complètement que lors des premières applications de ce virus; toutefois son appareil phénoménal est notablement amoindri. Cet appareil reprend une certaine intensité lorsque le virus vaccin dont on se sert provient directement de l'animal, sa source première. L'inoculation de la rage opérée par la dent de l'animal est la plus sûre. Il résulte d'expériences faites sur les animaux, qu'après trois ou quatre générations cette inoculation manque fréquemment son effet. Les maladies contagieuses contractées à la suite de l'inoculation d'un virus fourni par une espèce différente (rage, morve, charbon), sont aussi graves qu'aux premiers jours.

[1] Ménécier; *loc. cit.*

§ III. Formation des virus.

Tant que les virus seront inconnus en eux-mêmes, on ignorera le mécanisme du travail au moyen duquel ils sont produits. On sait que la matière du corps prend le caractère virulent, à partir du moment où la maladie a accompli sa période de croissance. Les liquides sont les parties les plus fortement imprégnées. Ils sont, en effet, les agents habituels de la contagion. Les virus solides, les virus halitueux, ont eu préalablement la forme fluide. Tous les liquides n'ont pas la même énergie. Dans les expériences poursuivies à ce sujet, le sang s'est parfois montré virulent. Il est prudent de le tenir pour tel. Tous les liquides ne sont pas également propres à l'inoculation, en ce qui concerne la vaccine, la variole, la syphilis, la morve. Les parties où siégent les manifestations morbides sont les principaux laboratoires où sont formés les liquides virulents. L'agent virulent de la rage est la salive, laquelle, en apparence du moins, ne diffère pas de la salive hygide. Quant à la rougeole, à la scarlatine, on n'a pas encore trouvé de matière inoculable sur laquelle on puisse compter. Le virus charbonneux, au contraire, paraît résider dans le corps entier du malade, et tout peut servir à l'inoculation. Telles sont les données fournies par l'observation en ce qui concerne les maladies habituellement contagieuses.

Quant à celles qui ne le sont qu'accidentellement, on sait qu'elles le deviennent d'autant plus aisément qu'elles sont plus graves, qu'elles ont un caractère humoral plus prononcé. Les exhalaisons venant du sujet, des matières qu'il rejette, sont le moyen de ces contagions. L'inoculation de ces matières par la lancette n'a pas abouti, ou bien elle a donné des résultats contestables.

§ IV. Voies et modes de transmission des virus.

C'est une erreur que d'admettre seulement au nombre des contagieuses les maladies inoculables artificiellement et à volonté. La scarlatine n'est pas inoculable; la possibilité de sa qualité contagieuse n'est pourtant mise en doute par personne. Des faits comme le suivant sont une démonstration suffisante :

Hildenbrand saigne, à Vienne, une malade atteinte de scarlatine. L'habit qu'il portait alors est mis de côté et reste enfermé

pendant dix-huit mois. Au bout de ce temps, il va en Podolie et prend ce même habit, qu'il revêt après son arrivée. Il contracte la scarlatine, qui était presque inconnue dans ce pays, et qui dès-lors se répand autour de lui.

Quand des faits analogues sont assez nombreux pour éloigner la pensée de coïncidence, tout le monde les trouve probants en faveur de la contagion. Qu'il s'agisse de fièvre jaune, de peste, de choléra, de typhus, de dysenterie, etc., le nom de la maladie n'y fait rien, elle doit être rangée parmi celles qui peuvent être contagieuses.

Seulement il importe de savoir de quelle manière, à quelles conditions la transmission se fait pour chaque maladie. Partout, sans contredit, il faut le contact de la matière virulente. Mais, pour les unes, c'est la partie volatilisable probablement introduite par les voies de la respiration, qui a exclusivement la vertu contagieuse. Celui qui subit la contagion en puise les éléments directement sur le corps malade ou bien au lieu de dépôt du virus.

Pour les autres cas de contagion, la matière virulente a une forme concrète et doit être mise en contact avec les tissus. La variole a le double privilége de pouvoir se transmettre des deux manières. D'après le dire des anciens auteurs, la syphilis possédait cette propriété, lorsqu'elle fit sa première apparition.

Les virus concrets exigent certaines conditions pour être efficaces. Il suffit au virus charbonneux d'être en contact avec une partie quelconque et même avec la peau. Dans quelques cas heureusement rares, le virus morveux se comporte de même. Les virus vaccin, varioleux, syphilitique, doivent être introduits sous l'épiderme. Placés sur une muqueuse périphérique, ils réussissent moins bien. Exceptons pourtant le virus syphilitique, qui est aussi actif de cette façon que de l'autre, probablement parce qu'il est assez puissant pour n'avoir besoin que d'un seul et premier contact. Si les autres virus échouent sur les muqueuses, la cause de l'insuccès ne serait-elle pas dans le défaut de fixité de la matière virulente qui ne séjourne pas assez longtemps sur la partie pour y produire son effet? Si ce contact durait assez longtemps, peut-être les muqueuses seraient-elles une voie aussi facile que la couche sous-épidermique.

Ainsi, les expérimentateurs assurent n'avoir pu communiquer la rage en déposant le virus dans la bouche, dans le rectum. En

serait-il de même si on ne se contentait pas d'une seule application, si le virus était renouvelé et maintenu en permanence pendant un certain temps ?

Donc, jusqu'à plus ample informé, je ne crois pas qu'on puisse dire positivement que les muqueuses intactes ne sont pas une voie de transmission pour la rage. On n'est pas non plus en droit d'affirmer que, dans aucun cas, le virus syphilitique placé sur la peau saine ne peut être contagieux. Il serait imprudent de décréter cette immunité d'une manière absolue.

Les virus, dit-on, comme les venins, introduits dans l'estomac, perdent leur énergie. Je conçois, en effet, que le suc gastrique puisse, par son action, réputée avec raison pour très-puissante, neutraliser ces matières hostiles. Mais a-t-on tenu compte de toutes les situations où peut se trouver l'estomac au moment de l'expérience? Les choses doivent-elles se passer de la même manière pendant le temps et hors du temps de la digestion, par exemple ? Il ne faut pas se hâter de se prononcer, d'autant mieux que les faits prouvent que des matières virulentes (charbonneuse, varioleuse) ayant été avalées, ont transmis le charbon, la variole. Ne pourrait-il pas en être ainsi pour d'autres virus, dans certains cas particuliers? Je le répète, l'observation n'a pas dit son dernier mot.

§ V. **L'absorption du virus est-elle nécessaire ?**

C'est une idée généralement acceptée que le virus est absorbé et qu'il n'agit qu'à cette condition. En conséquence, on pourrait le détruire sur place par la cautérisation à l'aide de réactifs assez puissants, ou bien empêcher qu'il ne soit pris par l'absorption, au moyen de ligatures, de ventouses. Ces moyens ont très-souvent échoué. Ils ne donnent donc qu'une sécurité trompeuse. Compter sur eux et s'exposer sciemment à la contagion, est une haute imprudence. M. Bousquet assure qu'immédiatement après avoir vacciné un sujet, il a soigneusement lavé la partie avec de l'eau pure, avec de l'eau chlorurée, qu'il a appliqué des ventouses, etc., sans parvenir à empêcher la contagion. Ces faits suggèrent des doutes eu égard à la nécessité de l'absorption.

D'un autre côté, l'absorption n'a pas des effets toujours inévitables. Elle peut avoir lieu sans que la maladie survienne. Certainement, pour la rage, la cautérisation doit être faite le plus tôt

possible; il n'en est pas moins vrai que quinze ou vingt jours après il peut encore rester quelques chances de succès, et cependant il serait contraire aux lois physiologiques connues d'admettre que le virus déposé dans la plaie n'est pas encore absorbé à une époque aussi avancée. L'important, pour l'efficacité du virus, est qu'il soit convenablement senti. Or pourquoi ne serait-il pas senti sur le lieu même de l'application? Rien n'empêche de supposer que cette impression est instantanée ou à peu près pour certains virus (vaccine, variole, syphilis, etc.); qu'à l'égard du virus rabique elle exige un temps plus long pour que toutes les conditions soient remplies. L'expérience seule peut nous renseigner sur ce point et nous apprendre la règle, les exceptions possibles et les conditions de ces exceptions.

Nous savons par des faits d'un autre ordre que la sensibilité des parties primitivement atteintes joue, dans beaucoup de cas, un rôle plus grand que celui de l'absorption. Quelques tissus sont également absorbants; il n'est pourtant pas indifférent de placer la substance hostile sur l'un ou sur l'autre, car les effets sont notablement divers au point de vue de leur promptitude et de leur intensité. Tout le monde sait depuis Orfila que l'empoisonnement par certains agents, par l'arsenic par exemple, diffère notablement selon que celui-ci est placé dans le tissu cellulaire du dos, de la cuisse. Un sujet habitué à l'eau-de-vie, à l'opium, en consomme impunément de fortes doses. Ce même sujet donnera, comme je le disais plus haut, des signes d'intoxication si l'eau-de-vie, si l'opium, sont introduits dans le rectum. D'où vient la différence? Évidemment, de l'impressionnabilité plus vive du rectum, celle de l'estomac étant diminuée par l'assuétude. L'absorption n'a rien à voir ici, car elle se fait certes au moins aussi bien dans l'estomac que dans le rectum.

On est donc autorisé à se demander ce que vaut, dans la série des phénomènes, l'impression subie par la partie que le virus a touchée la première. Dans certains cas, il n'est pas déraisonnable de penser que là est l'impression provocatrice efficace. Peut-être la cautérisation ou tout autre moyen, quand ils sont préservatifs, agissent-ils moins en détruisant le virus qu'en arrêtant sur place le travail qui est le premier anneau de la chaîne pathogénique.

Remarquons-le bien, ici je me contente d'appeler l'observation sur un fait vrai qu'il s'agit d'apprécier là où il se trouve. Je ne

nie pas le moins du monde l'absorption ; je demande seulement qu'on ne lui accorde que ce qui lui revient. En l'état, il n'y a aucun inconvénient et il peut y avoir de grands avantages à employer les moyens propres à l'empêcher. L'impression efficace a-t-elle lieu avant ou après l'absorption, et, quand il y a absorption, quelle est la partie où cette impression s'accomplit? Tel est le problème à résoudre.

§ VI. **Immunité, vulnérabilité par rapport aux virus.**

Quel que soit le siége de l'impression, celle-ci est toujours un fait de sensibilité. L'exaltation de la sensibilité paraît être une circonstance favorable. On croit généralement que l'orgasme vénérien aide à la contagion syphilitique. D'autres fois on ne peut invoquer qu'une appropriation de la partie sentante, appropriation inconnue en elle-même et dans ses conditions. Souvent on ignore, lorsque plusieurs individus s'exposent à la contagion, pourquoi les uns sont atteints, pourquoi les autres ne le sont pas. L'expérience a prouvé que certaines maladies contagieuses se répètent rarement chez le même individu. On prévoit l'immunité, mais on ne connaît pas la raison de ce défaut d'aptitude. Rien, en effet, ne paraît changé dans la sensibilité du sujet.

Il est certain que l'habitude rend réfractaire à l'action des virus halitueux. Toutefois on ne peut dire d'avance à quelles conditions on est apte ou inapte à acquérir cette immunité, qui se perd du reste avec l'habitude elle-même. Tel médecin, tel infirmier, etc., résistent à la contagion du typhus, de la fièvre jaune, de la variole, etc. Après un long intervalle, ils s'exposent de nouveau, et cette fois ils sont atteints. On dit que le sujet était habitué et qu'il a perdu l'habitude ; mais aucun changement appréciable dans son état organico-dynamique ne peut être invoqué. On ne sait pas davantage, le plus souvent, pourquoi tel individu qui avait résisté à une première contagion, cède à une seconde. La raison de ces faits se perd dans les mystères de la sensibilité.

Parfois cependant les circonstances concomitantes suggèrent une explication plausible. Ainsi, celui qui est affaibli par des excès, par une cause quelconque, se montre, tout étant égal d'ailleurs, plus apte à contracter la maladie contagieuse. Une hygiène bien entendue est le seul préservatif possible, et il s'en faut de beaucoup qu'on puisse compter sur lui.

L'inoculation mettant le virus en rapport intime et prolongé avec des parties toujours très-sensibles, on conçoit qu'il ne soit pas possible de s'y habituer : c'est, de tous les procédés, le plus sûr. Quand il échoue, toutes les précautions convenables étant prises, on doit se contenter de dire modestement que le sujet manquait d'aptitude, ce qui est la règle quand il s'agit d'une maladie non sujette à récidive.

§ VII. **Incubation des virus.**

Le temps qui s'écoule entre l'application du virus et l'apparition de la maladie n'a pas la même durée dans tous les cas. On a établi des moyennes pour chaque espèce de virus, mais les exceptions sont nombreuses. Ce temps qui s'appelle incubation est de quatre à six jours environ pour les fièvres exanthématiques, de huit à quinze pour la syphilis, de vingt à cinquante pour la rage. Il est remarquable que la rage, qui est si promptement mortelle, exige un temps aussi long pour se constituer.

La question de la durée des incubations prend de l'importance quand il s'agit de maladies à virus halitueux : c'est elle, en effet, qui fixe la durée des quarantaines. La peste, a-t-on dit, a une incubation qui ne dépasse pas huit jours. Cela est vrai pour la majorité des cas; des incubations plus longues ont été pourtant observées. L'incubation de la fièvre jaune est habituellement de deux à huit jours, mais on l'a vue se prolonger bien au-delà de ces limites. Ces variations possibles ne doivent pas être méconnues et négligées de ceux à qui incombe le soin de réglementer les quarantaines.

CHAPITRE V.

CONTAGION ET INFECTION.

ARTICLE PREMIER. — CONTAGION ET MALADIES CONTAGIEUSES.

Ce que je viens de dire des virus facilitera l'intelligence de la *contagion* (*cum tango*, je touche avec).

Les anciens connaissaient le fait de la contagion, mais ils le confondaient avec d'autres plus ou moins semblables. Que savons-nous de plus qu'eux? Une question posée par Aristote détermi-

nera ce point. « Comment peut-il se faire, dit-il, qu'en approchant d'un pestiféré on contracte la peste? » Nous répondons, nous : parce que le pestiféré fournit un virus. Moyennant ce progrès d'observation, nous parvenons à distinguer la contagion dans les faits de transmissibilité. En effet, toutes les maladies transmissibles ne sont pas contagieuses.

Dans la première moitié du XVIe siècle, Fracastor[1] rattacha le premier aux virus l'idée de la contagion, et il a ainsi posé les bases de la vraie doctrine. Avant lui, tout était vague et hypothétique. Fernel, le plus sage des médecins de son temps, plaçait dans un même groupe les maladies vraiment contagieuses et celles qui provenaient d'un poison, d'un venin, jusqu'à l'engourdissement causé par le contact de la torpille.

Fracastor, quoique partant d'une pensée juste, tombe, par l'exagération qu'il lui donne, dans un défaut semblable. Partout où la même maladie se multipliait, il admettait une propagation par virus, par contagion. Il méconnut l'influence des causes épidémiques, des effluves, des miasmes, des émanations putrides. Sous sa plume, l'infection fut absorbée par la contagion, et il prépara ainsi de faciles triomphes aux adversaires de son système. Il a créé aussi de graves embarras à ses partisans, en divisant l'ensemble des maladies en celles qui sont toujours et exclusivement contagieuses, et en celles qui ne sont pas contagieuses et ne peuvent jamais le devenir. Dichotomie erronée qui, tant qu'elle a été adoptée, a rendu impossible la découverte de la vérité.

Longtemps l'idée pure de la contagion est restée obscurcie. Pour Lind, qui s'est particulièrement occupé de ce sujet, *infection* et *contagion* étaient même chose. Zimmermann, parlant d'une fièvre populaire qui régna à Oxford, dit qu'elle provenait de la *contagion* produite par la putréfaction d'une grande quantité de choux accumulés dans le voisinage. A. Paré, à propos de maladies attribuées à la pourriture d'un nombre considérable de cadavres jetés dans un puits, dit que ces maladies étaient la conséquence de la contagion dont le puits était le foyer.

On confondait pareillement avec les maladies contagieuses celles qui se communiquaient par *imitation*. Un sujet qui vomit en voyant un autre vomir, qui tombe dans des convulsions parce

[1] Fracastor; *De contagionibus, morbisque contagiosis*, libri tres.

qu'il est témoin d'une attaque de nerfs, etc., devenait malade par suite d'une *contagion* morale. C'était le langage courant, langage certes peu scientifique, car le même mot exprimait des choses bien différentes.

Nacquart, au commencement du siècle, essaye de corriger ce désordre; il limite la contagion au mode de transmission par le contact immédiat ou médiat. Le contact implique l'intervention d'une matière qui est l'agent actif. Or, comme on ne peut invoquer la présence d'une pareille matière dans une maladie qui se propage par imitation, la contagion morale est tout à fait inadmissible.

Un progrès très-important que Nacquart se proposait, était de différencier les maladies contagieuses et les maladies infectieuses. Il crut l'accomplir en refusant à l'air la propriété d'être le véhicule de la matière contagiante. Cet arrêt impliquait la négation des virus halitueux et menait à cette conséquence que la variole, la rougeole, la scarlatine, etc., n'étaient pas contractées par contagion lorsqu'elles étaient prises dans l'atmosphère qui entoure le malade. Les partisans de Fracastor donnaient trop à la contagion. Nacquart refusait à cette dernière des cas qui lui appartiennent légitimement. Si, comme l'expérience l'a surabondamment enseigné, certains virus sont susceptibles de se suspendre dans l'air sans perdre leur vertu morbifique, ils agissent certes par contact sur la personne qui en est enveloppée. Pourquoi ne pas appeler cela contagion? Il faudra donc trouver un autre moyen de distinguer les maladies contagieuses et les maladies infectieuses.

De même que l'eau à l'état solide, liquide, vaporeux, est toujours l'eau, ainsi un virus, quel que soit le degré de cohésion de ses molécules entre elles, est toujours un virus. C'est ici une question de forme et non de nature.

De ce côté, Nacquart restreint plus qu'il ne convient le domaine de la contagion; toutefois on ne peut l'accuser de réagir trop fortement contre Fracastor et les siens, car d'une autre part il considère comme des cas de contagion des faits qui n'en sont pas.

Les disciples de Fracastor voulaient avec raison qu'un virus fût l'agent exclusif de la contagion. Mais ils n'avaient pas une idée

[1] Naquart; art. CONTAGION du *Dictionnaire de médecine.*

exacte du virus, et ils en voyaient là où il n'y en avait pas. Nacquart ne prononce pas le mot de *virus* et se contente de dire que la transmission au moyen du contact est une contagion; en cela, il dépasse les limites naturelles de cette dernière.

Dans un article précédent, j'ai séparé les maladies parasitaires des maladies contagieuses; je ne crois pas qu'on puisse refuser cette séparation. Dès-lors la gale, ce type des maladies contagieuses aux yeux de certains médecins, la gale, dis-je, si elle est exclusivement la conséquence de l'action d'un parasite, ne se propage pas par contagion. Celui qui, acceptant comme vrai ce que l'on dit de l'acare, s'élèverait contre cette conclusion, manquerait de logique et confondrait des faits fort divers.

La contagion n'est pas une transmission quelconque, c'est une transmission qui se fait au moyen d'un virus, et l'on a vu plus haut quelles sont les conditions qu'une matière morbifique doit remplir pour être appelée virus.

Un parasite n'est pas engendré par le corps vivant malade: donc il n'est pas un virus. Une maladie parasitaire est causée et entretenue par la présence d'un végétal, d'un animal. Il n'en est pas ainsi des maladies contagieuses. Certains l'ont dit, mais l'immense majorité a trouvé l'hypothèse à la fois trop forte et sans utilité pratique. Le virus n'est donc pas une espèce vivante, mais un produit morbide.

Ici se présentent quelques difficultés qu'il faut lever pour avoir de la contagion une idée aussi nette que possible.

Il y a des produits morbides qui par leurs propriétés hostiles provoquent des maladies. Une humeur peut être altérée de manière à devenir irritante pour les parties qu'elle touche. Les cas de ce genre ont été observés en assez grand nombre pour que le doute soit possible. Personne ne songe à voir là une contagion, lorsque la maladie consécutive diffère de celle qui a fourni l'altération humorale.

Le cas suivant soulève un problème dont la solution est aisée. Le muco-pus d'une ophthalmie est placé sur la conjonctive d'une personne saine, et celle-ci contracte une ophthalmie. La maladie est la même. Est-ce une contagion ? Non, si le pus a agi à la façon des stimulus irritants, comme auraient fait une goutte d'ammoniaque, un corps étranger, etc. Pour qu'une matière soit virulente, il faut, on s'en souvient, que son action soit inexplicable.

mystérieuse, spécifique. Point de spécificité, point de virus ; point de virus, point de contagion.

Cette condition de spécificité existe lorsque l'ophthalmie n'est plus l'ophthalmie commune, et qu'elle présente une nature toute particulière qui passe entièrement dans l'ophthalmie provoquée : telle est, par exemple, l'ophthalmie dite purulente. La matière qui remplit le rôle de cause provocatrice porte en elle, sans que rien le témoigne *à priori* dans ses propriétés physico-chimiques, une vertu secrète qui lui donne le pouvoir de susciter une ophthalmie spéciale et semblable à celle d'où elle provient. C'est donc un vrai virus. Il en est ainsi de la matière blennorrhagique, de la matière fournie par une plaie atteinte de pourriture d'hôpital, etc. Ce sont autant de virus, autant d'agents de contagion. S'il existe, comme quelques auteurs le prétendent, à côté de la syphilis de l'ensemble, une autre syphilis locale limitée au chancre mou et au bubon dit chancreux, à des ulcères phagédéniques, cette dernière se communiquant par une matière morbifique à laquelle les caractères des virus ne peuvent pas être contestés, serait une maladie contagieuse de même ordre.

Ces virus sans doute sont spécifiques, mais à un moindre degré. Ils donnent lieu à des maladies primitivement locales et pouvant rester telles jusqu'à leur guérison, maladies qui sont sujettes à récidive. Les virus dont j'ai parlé en premier lieu provoquent des maladies qui occupent et modifient l'ensemble, dont la plupart ne récidivent que difficilement. Ces affections virulentes sont le type des affections spécifiques, leur nature est fortement hétérogène. Ainsi, la variole, la rougeole, ne peuvent être rattachées à d'autres maladies par des états morbides intermédiaires, tandis que l'ophthalmie purulente, la blennorrhagie vénérienne non syphilitique, la pourriture d'hôpital, se rallient à d'autres maladies par des dégradations, par des transitions. Si ces maladies sont moins spécifiques, leurs virus prennent un rang proportionnellement inférieur dans l'échelle de la spécificité. A ce point de vue, il est bon de distinguer les virus à action locale et les virus à action générale.

On a peut-être oublié, depuis que l'inoculation est abandonnée, que la variole inoculée débutait par une scène locale. Quelques pustules varioliques se développaient sur le lieu de l'opération, espèce de variole locale, et puis survenait la vraie variole, la variole de l'ensemble, qui seule était capable d'empêcher une nouvelle

variole. On était autorisé à penser ainsi ; car lorsque tout se bornait à l'éruption locale, le sujet n'était pas préservé, et l'on pouvait de nouveau l'inoculer avec succès. Cette éruption locale est visiblement l'analogue des contagions dont je parlais tout à l'heure. Ne se pourrait-il pas que, parmi les vaccinations pratiquées aujourd'hui, quelques-unes fussent suivies d'un effet simplement local, incapable par conséquent de mettre le sujet à l'abri de la petite-vérole ? Je pose cette question sans prétendre la résoudre.

Locale ou générale, une maladie n'est vraiment contagieuse que lorsqu'elle est virulente.

A la faveur de ces explications, il est maintenant facile de séparer les maladies contagieuses de celles qui ne le sont pas.

La question de contagion n'est possible que pour les maladies transmissibles. Le mode de transmissibilité par imitation, par parasitisme, par le contact d'une matière âcre, irritante, septique, etc., dont le mode d'action est explicable, n'est pas encore le mode contagieux ; donc toute maladie contagieuse est transmissible, mais toute maladie transmissible n'est pas contagieuse.

Le fait caractéristique de la contagion est, je le répète, la présence d'un virus. Le virus implique une altération humorale. Il est, en effet, d'expérience que les maladies humorales sont plus susceptibles que les autres de prendre la qualité contagieuse. Les maladies dites *sine materia*, parce que la lésion principale porte sur les facultés sensitive et motrice, ne sont pas susceptibles de se propager par contagion. La rage ne fait pas exception à cette règle, puisque la salive est altérée au point de devenir virulente.

Il ne faudrait pas croire que, plus une maladie a le caractère humoral, plus elle est contagieuse. Il y a des maladies très-humorales, le scorbut par exemple, qui ne le sont pas. La qualité contagieuse suppose la production d'une matière spécifique, et il n'est pas nécessaire, la rage le prouve, que l'altération des humeurs ait pris des proportions considérables. Reconnaissons comme vrai toutefois que, tout étant égal d'ailleurs, les virus sont plus actifs, plus abondants à l'époque avancée où le caractère humoral de la maladie est très-prononcé : période de cachexie. L'altération de l'humeur sert de passage à la formation du virus. Quand un médecin affirme qu'une maladie humorale s'est transmise par contagion, rien, en théorie du moins, ne s'oppose à ce que ce fait soit vrai. C'est à l'observation à prononcer.

Toutes les maladies ne sont pas également contagieuses. Les unes le deviennent dans des circonstances rares; dans les autres, la contagion est remarquée fréquemment. D'autres, enfin, sont habituellement contagieuses.

Je place dans la première catégorie la fièvre typhoïde, la dysenterie, le catarrhe, les dartres, la scrofule, la phthisie, etc.; dans la seconde, le typhus, la fièvre jaune, la peste, le choléra asiatique, la coqueluche; dans la troisième, toutes les maladies inoculables, plus la rougeole et la scarlatine.

Les maladies habituellement contagieuses ne le sont pas nécessairement; parfois les inoculations sont infertiles. La contagion n'est donc l'élément essentiel d'aucune maladie, vaccine, variole, syphilis, morve, charbon. Que ces maladies s'éteignent sur place ou se propagent par contagion, qu'importe à leur nature. Celle-ci reste toujours la même et entière dans le sujet qui en est atteint. La contagion suppose la coopération de deux individus, l'un malade, l'autre bien portant. Le premier fournit le virus, mais il faut que le second le reçoive convenablement. La contagion est donc un fait extérieur et qui intéresse autrui; que ce fait s'accomplisse ou non, le sort du malade n'en est pas changé. La présence du virus est attestée seulement par ses effets. Quand ceux-ci manquent, on peut penser, ou bien que le virus incomplètement formé n'avait pas l'énergie voulue, ou bien que les conditions de réceptivité étaient absentes chez le bien portant. En admettant ces deux possibilités, on se rend compte des cas observés.

Les maladies habituellement contagieuses sont celles dans lesquelles le virus atteint un assez haut degré d'activité pour surmonter les résistances ordinaires. En ce qui les concerne, le défaut de contagion vient, ou d'une mauvaise application du virus, ou d'une résistance exceptionnelle.

Les maladies qui ne sont que fréquemment contagieuses le deviennent parce que les circonstances favorables à la formation du virus se rencontrent aisément. Si ce virus est énergique, il fait sentir son action à tous ceux qui s'y exposent. Est-il moins énergique, il ne sera funeste qu'aux sujets convenablement prédisposés. Ceux-ci seront seuls influencés, les autres résisteront. C'est ce qui arrive pour la fièvre jaune, la peste, le choléra, etc. Dans les épidémies de ces maladies, l'apparition de la propriété contagieuse s'explique par l'aggravation de la maladie, condition favorable,

comme on sait, à l'élaboration du virus, et par la prédisposition qui vient de l'influence générale à laquelle les individus sont soumis. L'importance de la prédisposition pour l'efficacité du virus de la fièvre jaune, est évidente. Personne n'ignore que, dans les pays froids, ce virus perd son activité; que dans les pays chauds, au contraire, il trouve l'aliment qui lui convient. Jusqu'à présent, la fièvre jaune n'a pu s'établir en Angleterre, parce que le climat s'oppose à la prédisposition. De ce côté, les Anglais sont tranquilles. Ils ne le sont pas à l'égard de celles de leurs possessions situées dans les latitudes chaudes, Gibraltar, Malte, etc. Là, la prédisposition existe, et des mesures sanitaires sévères, jugées inutiles dans la froide Angleterre, y sont mises en vigueur contre l'importation de la fièvre jaune.

Les maladies exceptionnellement contagieuses (phthisie, scrofule, dartres, etc.) sont celles dans lesquelles l'altération humorale, quand elle devient virulente, l'est faiblement et exige, pour produire son effet, une prédisposition prononcée et des rapports intimes et prolongés.

Les propositions que je viens d'émettre sont loin d'être acceptées par tout le monde. Consultons donc l'observation, ce juge souverain auquel chacun fait profession d'obéir.

Nous sommes tous d'accord pour admettre la contagion des maladies qui ont habituellement ce caractère. Pour celles-là, l'expérience parle haut et clair. Je renonce à satisfaire ceux à qui son témoignage ne suffit pas.

Les faits sont moins significatifs en ce qui concerne les maladies qui ne sont que fréquemment contagieuses; ils ont donné lieu à quelques objections qui réclament une réponse. On oppose, en premier lieu, que ces maladies peuvent naître et se propager sans contagion. Cela est vrai; mais la variole, la rougeole, la scarlatine, peuvent aussi naître et se propager sans le procédé de la contagion, ce qui n'empêche pas qu'elles ne soient indubitablement contagieuses. La seule conclusion qu'on puisse donc tirer du fait invoqué est que la fièvre jaune, la peste, le choléra, le typhus, etc., ne se forment pas, ne se multiplient pas uniquement par contagion. Nier cela, c'est être contagioniste au-delà de ce que l'observation permet.

Dans les cas où ces maladies sont provoquées par une cause générale sévissant sur toute une localité, qu'est-il besoin d'avoir

recours à la contagion, lorsqu'il existe déjà une cause suffisante pour l'explication de ce qui se passe? Je réponds que lorsqu'on parle ainsi, on néglige certains faits où l'intervention de la contagion ne peut pas être contestée : ceux, par exemple, dans lesquels des malades atteints de choléra, de fièvre jaune, de typhus, etc., et transportés dans un lieu où la cause générale ne sévit pas, ont transmis leur maladie à des individus vierges de toute prédisposition venant de cette cause. Lorsque la maladie ainsi contractée loin du foyer se propage aux habitants d'une localité de manière à ce qu'on la suive à la trace, absolument comme s'il s'agissait de la variole, de la rougeole, de la scarlatine, je demande pourquoi de pareils faits, qui sont concluants pour ces dernières maladies, ne le seraient pas pour le choléra, la fièvre jaune, le typhus. L'essentiel est de s'assurer expérimentalement que ces faits sont réels. Si oui, la cause est jugée. A mes yeux, leur existence et même leur fréquence sont incontestables. Que de fois le choléra, la fièvre jaune, la peste, le typhus, se sont étendus de la façon que je viens de dire, loin du centre où la maladie était primitivement établie; et, tout étant bien examiné, le mode par contagion était alors le seul acceptable.

C'est ainsi qu'on démontre aux incrédules de bonne foi la possibilité pour la fièvre jaune, le choléra, la peste, le typhus, etc., d'acquérir la propriété contagieuse. Cette preuve étant ainsi faite, il n'est plus permis de nier la même possibilité dans le foyer primitif de la maladie. On pouvait même prévoir qu'alors la contagion est plus puissante ; car la cause générale agissant sur les individus les prédispose à subir l'action du virus. L'expérience a confirmé cette vue. La part de la contagion est visible lorsque, sur le fond général de l'épidémie procédant par bonds irréguliers, on remarque certains cas qui forment des groupes à part et dont chacun présente le même lien généalogique que les maladies incontestablement contagieuses. Plus les groupes de ce dernier genre seront nombreux, plus on sera certain que le rôle de la contagion a été prépondérant.

On cite, tout le monde le sait, des chiffres considérables de cas dans lesquels les maladies dont je parle n'ont pas été contagieuses. Ces cas prouvent seulement que ces maladies ne s'accompagnent pas nécessairement de la qualité qui les rend telles. On en observe de pareils à l'égard de la variole, de la syphilis, etc.; plus rarement

sans doute, mais ces faits n'en sont pas moins réels. Aussi ai-je commencé par établir plus haut ce principe, que la maladie la plus contagieuse ne l'est pas absolument. Lorsque le choléra, la fièvre jaune, la peste, le typhus, etc., ne présentent rien de contagieux, il faut penser, ou bien que ces maladies ne sont pas devenues virulentes, ou bien que le virus n'était pas assez actif et avait besoin, pour être efficace, d'une prédisposition appropriée chez les personnes qui avaient des rapports avec les malades. Quant aux insuccès de l'inoculation, ils démontrent uniquement que les maladies dont il s'agit ne sont pas transmissibles de cette façon. De ce que la scarlatine n'a pu jusqu'ici être inoculée, on ne s'est jamais avisé de lui refuser le pouvoir de se transmettre par contagion.

Qu'importe maintenant si les faits négatifs ont dominé ici, si ailleurs ce sont les faits positifs. Il suffit que les faits positifs se soient montrés avec une clarté suffisante, un assez grand nombre de fois, pour que le choléra, la fièvre jaune, la peste, le typhus, soient inscrits parmi les contagions redoutables contre lesquelles il y a lieu de prendre des mesures sanitaires.

Restent maintenant les maladies qui ne sont qu'exceptionnellement contagieuses (fièvre typhoïde, dysenterie, dartres, scrofule, phthisie, etc.). Je fais remarquer que la fièvre typhoïde, la dysenterie, ont dans quelques circonstances pris un caractère contagieux analogue à celui que j'attribuais à la fièvre jaune, à la peste, au typhus, etc., et démontré par des preuves de même ordre. Pour nier cela, il faudrait nier les faits eux-mêmes.

La preuve de la contagiosité possible des dartres, des scrofules, de la phthisie, etc., est plus difficile à faire accepter. Les observations sont rares, et il n'y a plus ici ces successions généalogiques s'accomplissant en peu de temps et qui portent la conviction avec elles. L'objection tirée d'une coïncidence fortuite a ici une incontestable valeur. Je conçois donc qu'on reste sceptique. Mais il serait fâcheux que ce scepticisme devînt une incrédulité systématique. On pourrait rencontrer un de ces faits dont les circonstances sont tellement en faveur de la contagion, que les praticiens qui en ont été les témoins n'hésitent pas à admettre l'intervention de ce mode de transmission. Le parti le plus sage est de croire que les maladies dont il s'agit, quand elles deviennent virulentes, ne le sont qu'à un faible degré, et qu'elles exigent par conséquent une prédisposition préalable, une longue et intime cohabitation. Moyen-

nant ces restrictions, tout le monde, ce me semble, doit être d'accord, en ce sens du moins que les prescriptions hygiéniques que ce parti suggère seront approuvées par chacun. Réduite à ces termes, ma manière de voir ne peut soulever aucune objection pratique sérieuse.

Il est difficile, je le reconnais, qu'un médecin incrédule à l'endroit de la contagion de la fièvre jaune, de la peste, du choléra, du typhus, puisse croire à celle de la phthisie, de la scrofule, des dartres, à moins d'y être contraint par la brutalité d'un fait. L'ordre logique des idées veut qu'au préalable on ait accepté le groupe dans lequel j'ai fait entrer les maladies fréquemment contagieuses. C'est là qu'est le vif et l'important du débat. Selon l'opinion qui en sortira, on se trouvera favorable ou hostile à l'égard des maladies qui sont contagieuses seulement dans des cas rares et tout particuliers.

Je n'ai pas fini avec le problème de la contagion. Nous le retrouverons forcément dans l'article qui va suivre.

ARTICLE II. — INFECTION ET MALADIES INFECTIEUSES.

Hippocrate a fondé implicitement la doctrine de l'*infection*, quand il a reconnu que des maladies pouvaient être provoquées par l'air vicié d'une certaine manière, *inquinamenta aëris*. Quels sont ces *inquinamenta* possibles? Pendant longtemps les réponses à cette question ont été fournies par l'imagination. Ce sujet n'a été repris et sérieusement traité qu'au XVI[e] siècle, lorsque la solution des problèmes naturels a été demandée à l'observation. Fernel admet l'action puissante de l'air vicié, qu'il substitue aux causes occultes, sidérales ou autres, dont le moyen âge s'était contenté. Lancisi, suivant la voie ouverte par Fernel, attire l'attention sur la viciation de l'atmosphère par l'effluve des marais.

L'école de Fracastor entrave ce mouvement en faisant prévaloir outre mesure l'idée de la contagion sur celle de l'infection. En somme, l'influence de Fracastor s'est prolongée, en diminuant toutefois, jusqu'au commencement du siècle.

Alors a commencé une réaction puissante en faveur de l'infection, qui, à son tour, a pris sur la contagion une revanche exagérée dont la fin n'est pas encore venue.

Les auteurs et les continuateurs de cette réaction sont partis de

l'affirmation d'abord formulée par Nacquart, ainsi que je l'ai dit plus haut : Toute maladie provoquée par un agent morbifique dont l'air est le véhicule, est une maladie infectieuse. Il a paru tout simple que l'air fût dit infecté quand il contenait ce que nous appelons un virus halitueux. Sans doute, alors l'air est infecté, mais il ne l'est pas de la même manière, et la maladie qu'il suscite est une maladie contagieuse. L'air peut être infecté de plusieurs autres manières; et certainement, ainsi qu'on va le voir, toutes ces altérations de l'air ne donnent pas des maladies infectieuses.

La vraie doctrine de ces dernières, comme celle des maladies contagieuses, a été magistralement établie par mon collègue, M. Anglada[1]. Dans cet article, ainsi que je l'ai déjà fait dans le précédent, j'utiliserai amplement ses idées.

L'atmosphère peut être très-diversement viciée. Beaucoup d'auteurs rapportent les épidémies vraies (choléra, grippe) à la présence dans l'air d'une matière hostile spéciale. Mais ils ne peuvent prouver scientifiquement l'existence de cette matière, car, si elle y existe réellement, elle se dérobe à nos investigations.

Une autre viciation, sur laquelle je n'ai pas à m'arrêter ici, est due à la présence dans l'air d'exhalaisons de nature minérale : gaz irrespirables, méphitiques; émanations plombiques, mercurielles, sulfureuses, etc.

Il a été question plus haut des viciations par effluves, miasmes, émanations putrides, et j'ai parlé enfin des viciations par un virus halitueux.

Il serait regrettable que, sous prétexte d'infection de l'air, on confondît sous le nom d'*infectieuses* les maladies si diverses que je viens de rappeler.

Les maladies épidémiques, en dépit de la viciation atmosphérique supposée, sont mises à part pour former un groupe très-distinct, très-spécial.

Celles qui se rattachent aux émanations de nature minérale sont de véritables empoisonnements. La forme gazeuse du poison ne change ni sa propre nature, ni celle de la maladie.

Ces épidémies, ces empoisonnements, ne sont pas des maladies infectieuses.

Donc, médicalement parlant, toute viciation de l'air n'est pas

[1] Ch. Anglada : *Traité de la contagion*, 1853.

une infection; toute maladie provoquée par un agent hostile dont l'air est le véhicule, n'est pas une maladie infectieuse.

Restent les viciations de provenance organique. Ce sont celles-là que les partisans de la réaction dont je parlais tout à l'heure appellent des *infections*, et les maladies qui en proviennent sont dites par eux infectieuses.

Nous voulons, nous, que les viciations par un virus halitueux ne soient pas confondues avec les autres. Elles sont, à nos yeux, des agents de contagion, tout comme l'arsenic à l'état de vapeur est un poison au même titre que l'arsenic concret.

Il ne suffit donc pas qu'une matière hostile de nature organique soit suspendue dans l'air pour faire une infection, il faut de plus que cette matière ne soit pas virulente.

En conséquence, je définis l'infection : toute action morbifique exercée sur le corps vivant par l'air imprégné d'une matière organique non virulente.

Cette définition ne saurait être acceptée par ceux qui n'admettent pas des virus halitueux. Elle doit satisfaire ceux qui y croient.

L'action virulente conduit à la contagion; l'action non virulente conduit à l'infection. L'idée est claire. Je ne dis pas que, dans son application aux cas particuliers, elle ne présente pas des obstacles. L'infection et la contagion sont souvent mêlées ensemble, et il est parfois malaisé de faire la part de chacune. Ces difficultés pratiques ne doivent pas surprendre; elles sont inévitables. La science précède l'art et va toujours plus loin que lui. L'art suit son guide le mieux qu'il peut, et, quand il est obligé de rester en arrière, il ne doit jamais le perdre de vue pour trouver les moyens d'arriver jusqu'à lui.

Le virus, il importe de ne pas l'oublier, est de provenance morbide, et il provoque une maladie de même nature que celle d'où il vient.

On ne pourra donc pas invoquer la contagion pour les maladies dont la cause provocatrice a son origine ailleurs que chez un malade. C'est le cas des maladies contractées auprès d'un foyer où pourrissent des matières, soit végétales, soit animales (effluves, émanations putrides). Il n'y a là ni transmission, ni virus. Voilà le type de l'infection; point de difficultés pour le signalement de ce procédé étiologique.

Le premier typhique apparaissant au milieu d'un grand rassem-

blement de sujets jusque-là bien portants, ou bien atteints de maladies autres que le typhus, ne peut avoir pris son mal par contagion. Les miasmes, qui ont alors rempli le rôle de cause provocatrice, n'avaient certes rien de virulent. Ceci est encore l'infection.

Les personnes qui fréquentent une salle d'hôpital mal tenue y contractent, chacune selon sa prédisposition, une diarrhée, une dysenterie, un embarras gastrique, etc; elles ont pareillement subi l'influence d'une véritable infection.

Quand donc il sera manifeste que la maladie contractée provient de l'action de l'effluve, de l'émanation putride, ou de l'action d'un miasme fourni par un sujet malade d'une autre manière, l'erreur n'est pas possible, il s'agira d'infection.

Si la maladie d'origine infectieuse n'est pas de celles qui deviennent virulentes, elle ne se transmettra pas. Tous les cas devront être rapportés à la même cause extérieure, au même foyer, selon le rayon d'action de celui-ci et selon la susceptibilité des sujets : telle est la fièvre paludéenne. Mais il est des maladies, le typhus dont je viens de parler, qui, primitivement infectieuses, peuvent ensuite se propager par contagion. Le problème étiologique est alors complexe. Les cas se multiplient sous les deux influences. La contagion est probable lorsqu'on en suit à la trace la succession généalogique ; elle est certaine lorsqu'un typhique transporté loin du foyer fait naître la maladie autour de lui. Il est très-raisonnable de penser que les individus soumis à l'action infectieuse doivent à cette influence une prédisposition qui les rend accessibles à la contagion. Il importe donc de reconnaître l'association des deux causes morbifiques, mais elles n'en sont pas moins distinctes. La difficulté de cette distinction est insurmontable dans certains faits particuliers où les traits de la contagion ne sont pas assez fortement accentués. Ces embarras de détail n'ont aucune gravité. Il importe, avant tout, de savoir que la maladie est originairement infectieuse, et que la contagion en est possible ; cela suffit pour poser les règles de la thérapeutique, ainsi que je le dirai bientôt.

Vouloir qu'une maladie qui se propage par l'intermédiaire de l'air soit exclusivement infectieuse ou exclusivement contagieuse, est donc une prétention mal fondée. L'excès du contagionisme consiste à soutenir qu'une maladie qui dans telles circonstances a revêtu le caractère contagieux, ne puisse se multiplier que de

cette manière. L'excès de l'infectionisme refuse à toutes les maladies d'origine infectieuse le pouvoir de se transmettre par contagion. La vérité est fournie par l'observation, et si celle-ci nous montre une même maladie se propageant tantôt par contagion, tantôt par infection, tantôt simultanément par les deux procédés, il faudra bien reconnaître qu'elle est tout à la fois contagieuse et infectieuse. Aux yeux de beaucoup de médecins, l'infection et la contagion se font antagonisme et s'excluent réciproquement. Il n'en est rien cependant. En acceptant les deux éventualités, on reste dans le vrai et l'on explique les jugements contradictoires portés sur des faits de même ordre, dans les camps opposés.

Les considérations qui précèdent s'appliquaient à des maladies assez amplement observées pour que leur double caractère, infectieux et contagieux, puisse être méconnu. Je crois qu'en ce qui concerne le typhus, la pourriture d'hôpital, certaines dysenteries, l'immense majorité se rangera à mon avis. Il est d'autres maladies sur lesquelles on a disputé et l'on dispute encore; ce sont celles dont l'origine est lointaine et qui peuvent être importées parmi nous, ainsi que l'expérience nous l'a tristement enseigné. Comment se font ces importations? Est-ce par le procédé de l'infection, est-ce par le procédé de la contagion? Je veux parler, le lecteur l'a compris, de la fièvre jaune, du choléra et de la peste.

Dans la situation actuelle, telle qu'elle existe depuis bon nombre d'années, la fièvre jaune, le choléra, sont les ennemis que nous avons le plus à redouter. Ce sont eux que je prendrai pour exemple. Ce que j'en dirai pourra d'ailleurs être aisément applicable à la peste.

Partons de faits généralement admis : aucune épidémie de fièvre jaune, de choléra, ne s'est formée spontanément dans nos climats. Toutes les fois que la fièvre jaune s'est établie dans une localité européenne, son apparition a dû, sans exception, être rattachée à l'arrivée d'un ou de plusieurs navires venant d'un pays où la même maladie régnait. Qu'ont apporté ces navires? Les uns disent un agent infectant, les autres disent un agent de contagion.

Les premiers pensent que la cause extérieure qui, en Amérique, suscite la fièvre jaune, s'introduit dans les flancs du navire, dans la cale surtout, pendant le séjour de ce navire aux lieux où la maladie sévit. La cale étant fermée une fois le chargement terminé, cette

cause y séjourne, s'aggrave par le défaut de ventilation, par la fermentation des matières putrescibles que renferme toute cale, véritable égout d'un navire. Puis, cette cale étant ouverte au moment du déchargement, la cause s'en échappe, et, si elle est assez active pour impressionner les individus qu'elle atteint, elle provoque chez eux les mêmes effets morbides que ceux qu'elle provoque dans les lieux d'où elle arrive. En outre, si cette cause rencontre dans les circonstances climatologiques de la contrée où elle a été apportée, des conditions favorables, une température assez élevée, par exemple, la fièvre jaune s'établit à demeure jusqu'à ce que, par l'effet du temps ou sous l'influence de pratiques assainissantes, cette cause soit complètement détruite.

Cette cause ne serait donc pas virulente, car elle peut provenir de localités qui ne renferment pas de malades, qui sont même dépourvues d'habitants. Elle est le produit d'une altération de substances végétales, animales, accomplie sous l'influence d'un climat spécial. Que sont ces substances végétales, animales? En quoi consiste l'altération qui leur donne la propriété de provoquer la fièvre jaune? A quels signes surtout reconnaîtra-t-on, avant qu'il se signale par ses terribles effets, la présence, dans les flancs d'un navire, de l'air infecté qui est l'agent de la fièvre jaune? Ces questions n'ont encore reçu aucune réponse acceptable. On suppose telle ou telle possibilité, mais l'on convient qu'on ne sait rien de positif sur la nature de la substance altérée, sur son mode d'altération, et l'on se déclare incapable de distinguer *à priori* l'infection fièvre jaune des autres infections ; infection singulière, en effet, car tout ce qu'on sait sur son compte, c'est qu'elle se forme dans l'atmosphère de certaines localités américaines, et que la minime portion de cette atmosphère qui tient dans une cale suffit pour amener les malheurs dont nous avons été témoins.

On objecte encore à cette théorie par l'infection, que certaines personnes ont contracté la fièvre jaune, bien qu'elles fussent placées loin du navire qui en est le foyer, à des distances telles qu'il est impossible d'admettre que le rayonnement de ce foyer ait pu les atteindre. Or, l'observation apprend que ces personnes avaient toutes communiqué indirectement avec le navire, soit par l'intermédiaire d'un habitant de ce navire, soit d'un objet en provenant. On invoque les épidémies, malheureusement nombreuses, où la fièvre jaune a pénétré dans l'intérieur des terres, s'éloignant pro-

gressivement du centre primitif dans des directions qui ont toujours coïncidé avec la présence d'individus ou d'objets arrivant de lieux déjà éprouvés. Cette particularité est faite pour attirer l'attention, et il y a lieu de se demander si la fièvre jaune ne peut pas se propager par contagion.

L'idée d'un foyer d'infection est plausible lorsque les personnes qui ont été en rapport avec ce foyer sont seules frappées, lorsqu'il existe une proportion entre le chiffre des malades et l'importance de la cause. Ainsi, un grand rassemblement d'individus dans un espace trop étroit, un marais étendu, fécond en émanations effluviennes, un vaste champ de bataille où des cadavres nombreux seront abandonnés à la corruption, etc., donneront lieu à une quantité considérable de maladies. Un petit marais, le cadavre d'un animal de moindre dimension, etc., verseront dans l'atmosphère trop peu de matière infectante pour la vicier. Le propre de l'infection est que ses effets exigent une grande quantité de l'agent hostile.

Il n'en est pas ainsi, on s'en souvient, de l'agent qui préside à la contagion; une petite quantité suffit. Lors donc qu'une maladie se propage au loin, il y a lieu de croire que le foyer primitif ne suffit pas pour expliquer ce progrès, et qu'une autre puissance s'est ajoutée à la première, en agissant dans le même sens. Quelle peut-elle être, sinon un virus? cela est indubitable quand le mal a éclaté dans un lieu jusque-là sain et après l'arrivée d'un ou de plusieurs malades. La chose me semble également évidente lorsque la maladie atteint des sujets qui ont fait usage d'objets extraits du navire infecté ou appartenant à des malades. Chacun de ces agents considéré isolément n'a pas les dimensions de ce qu'on appelle un foyer d'infection. Ce qui en émane est actif sous un petit volume. Je le répète, c'est le propre des virus. Si l'on s'obstine à appeler cela infection, que l'on reconnaisse au moins que c'est une infection virulente qui, par son origine et par ses propriétés morbifiques, diffère des autres infections.

A mes yeux, une *infection virulente* est une *contagion*.

Un malade ou un objet quelconque sur lequel le virus adhère, sont des foyers ambulants de contagion; à plus forte raison un navire. Lorsqu'un navire a séjourné dans un pays où règne la fièvre jaune, et surtout lorsqu'il a logé des malades, il peut certainement représenter un de ces foyers. Quoi de surprenant que

les miasmes virulents pénètrent, s'accumulent dans la cale, et que l'air qui sort de cette cale soit dangereux!

Nous avons vu tout à l'heure combien il est difficile d'admettre que la cause provocatrice transportée dans les flancs du navire soit la même que celle qui, inhérente aux contrées américaines, y crée les conditions favorables à l'établissement de la fièvre jaune. Un climat, pour quiconque sait ce qu'on entend par ce mot, n'est pas quelque chose qui se fragmente, s'emmagasine et voyage. Dire qu'on a embarqué un air infecté par une matière en putréfaction ou par une émanation quelconque provenant du sol ou des eaux, est une hypothèse entièrement dénuée de vraisemblance. Reste la pensée que le navire contient un produit qui a été fourni par des malades, à savoir : un virus. Les faits témoignent en faveur de ce dernier genre d'explication. Tous les navires qui ont apporté la cause provocatrice de la fièvre jaune, avaient antérieurement communiqué avec des localités où il y avait des malades ; le plus souvent la fièvre jaune avait sévi à bord. Jamais, et ceci me semble décisif contre les partisans de l'infection, un navire n'a provoqué la fièvre jaune quand il n'a pas été préalablement en rapport avec des malades. La présence de malades dans le lieu d'où le navire est parti ou dans le navire lui-même, pendant la traversée, est un précédent jusqu'à présent sans exception. Le virus agit sous un très-petit volume ; il se conserve dans les espaces clos, il adhère fortement à certains tissus. D'un autre côté, il est incontestable que la fièvre jaune peut se propager par contagion. Qu'est-il besoin de chercher ailleurs l'origine de l'agent morbifique? Je crois donc utile de distinguer la cause provocatrice fixée aux lieux où la fièvre jaune s'établit primitivement, de celle qui est transportable. La première se forme d'une façon encore inconnue ; la seconde est exclusivement fournie par des malades et est virulente. On va voir les conséquences pratiques de cette distinction.

Point de difficultés, s'il s'agit de maladies provoquées par des substances organiques en décomposition. L'indication évidente est de détruire le foyer où l'agent hostile est élaboré. Dans ces cas, la contagion est une exception tellement rare qu'il est permis de ne pas tenir compte de cette possibilité.

Il n'en est pas ainsi à l'égard d'autres maladies primitivement infectieuses (typhus, pourriture d'hôpital), et de la fièvre jaune, de la peste, qui sont réputées telles.

Pour le typhus, pour la pourriture d'hôpital, l'indication principale est de soustraire les sujets à l'action de la cause infectante : on les éloigne les uns des autres, on les fait séjourner dans un air pur; on détruit le ou les foyers primitifs par l'aération, par les désinfectants. Si ces précautions sont convenablement exécutées, la propagation de la maladie sera infailliblement arrêtée. Mais il y a une autre indication qui, tout en étant secondaire, a son importance et veut être remplie simultanément : c'est celle qui se tire de la contagiosité très-possible du typhus, de la pourriture d'hôpital. Aussi devra-t-on recourir à toutes les mesures compatibles avec l'intérêt du malade, afin d'épargner à autrui l'influence malfaisante du virus. La conduite sera analogue à celle qui est prescrite à l'occasion d'un cas de variole, de rougeole. En résumé, l'infection de l'air est la circonstance étiologique capitale; les précautions à prendre contre l'éventualité du virus ne viennent qu'en seconde ligne.

Que faut-il faire pour la prophylaxie des maladies réputées infectieuses (fièvre jaune)? je parle, bien entendu, des cas d'importation. Pour ce qui est des localités américaines où ces maladies trouvent les matériaux et les conditions favorables à leur formation de première main, j'ignore en quoi consistent ces matériaux et ces conditions, et je n'ai rien de particulier à dire sur cette prophylaxie. Quant au navire, les faits exposés plus haut démontrent qu'il renferme un virus sous les deux formes : fixe et halitueuse. Beaucoup de médecins contestent cette opinion. Heureusement, contagionistes et infectionistes s'accordent sur ceci qu'il y a là un foyer à détruire.

Que ce foyer soit d'infection ou de contagion, il n'importe. Les agents d'assainissement sont les mêmes contre l'un et contre l'autre. Les mesures les plus énergiques sont, des deux côtés, recommandées. On est d'accord sur ce point que toutes les causes d'infection doivent être prévenues ou annihilées, en un mot que toutes les ressources de l'hygiène doivent être mises à contribution. Pour l'infectioniste, cela va de soi. Quant au contagioniste, il est convaincu que l'infection ajoutée à la contagion donne des ailes à cette dernière, en aggravant la maladie et en faisant naître chez les sujets biens portants une prédisposition fâcheuse. Une fois cela fait, la conduite diffère dans chaque camp. Les infectionistes croient leur tâche remplie; pour les contagionistes, elle n'est que commen-

cée. A leurs yeux, les marchandises, les objets attenant au navire, les hommes, leurs effets, les malades surtout, peuvent représenter des moyens de propagation, et ils doivent être l'objet de mesures rigoureuses ; il faut assainir ou brûler toutes les matières suspectes ; il faut tenir les hommes en observation et les isoler jusqu'à ce qu'il soit démontré qu'ils ne sont pas porteurs de la maladie.

Il n'y a pas de milieu raisonnable entre les deux opinions et les deux pratiques dont je viens de parler. Croit-on à la possibilité de la contagion, les mesures que je signalais en dernier lieu sont de droit strict ; la santé des populations y est intéressée. Malheureusement, il est des médecins nouveaux convertis qui, tout en admettant la contagion, en restreignent l'empire outre mesure et ne prennent contre elle que des précautions insuffisantes. Ils sont soutenus par l'opinion qui, formée au sein des intérêts commerciaux, connaît son empire et supporte impatiemment les délais commandés par la pratique contagioniste. Il est fâcheux que cette dernière contrarie les puissants du jour ; mais si elle est fondée sur l'observation des faits accomplis, rien ne doit prévaloir contre elle.

Tout se réduit à une perte de temps et d'argent. Nous sommes loin de l'époque où l'isolement était pratiqué dans toute la rigueur du mot. Grâce aux progrès de la science, l'isolement est aujourd'hui de tout point favorable au rétablissement des malades. En environnant ces derniers de tous les soins exigés par leur état, on remplit un devoir d'humanité, on diminue les périls publics, et le mal s'éteint faute d'aliment.

Quant au choléra, tout le monde sait qu'il est de provenance asiatique. Le passé nous autorise à croire que cet élément étranger est indispensable pour la formation d'une épidémie sur notre sol européen. Il franchit la distance, porté par les hommes et par les choses à leur usage. La ligne de filiation n'est nulle part interrompue. Toute localité atteinte a été en rapport de communication avec une autre localité malade avant elle. La cause des épidémies récentes nous a été incontestablement transmise par voie de mer; par conséquent, le mode d'importation a été le même que celui de la fièvre jaune.

Dans les dernières épidémies, comme dans les épidémies précédentes, on a observé bon nombre de séries particulières de cas

unis ensemble par un lien généalogique. En faut-il davantage pour prouver la contagion du choléra? Je n'affirme pas toutefois que cette maladie se répande uniquement de cette manière. Comme la fièvre jaune, comme la peste, le choléra est susceptible de prendre les allures des épidémies spécifiques, et alors il faut admettre un agent inconnu contre lequel les moyens de protection dont nous disposons ne peuvent rien. Il est, en outre, certain qu'une infection préalable de l'air par effluve, miasme, émanation putride, ajoute à la gravité du mal et en favorise la multiplication ; que toute cause de débilitation, maladie, excès, etc., en facilite l'établissement sur un sujet, bien que des exceptions nombreuses nous contraignent à avouer qu'il reste beaucoup à faire avant de formuler les lois qui président à l'action de ces auxiliaires, en sorte que la prédisposition cholérique est encore un mystère. Mais tout cela n'empêche pas que la contagion constitue un des procédés de propagation du choléra. Cette possibilité nous signale une indication dont l'importance grandit ou s'amoindrit selon les cas, mais qu'il n'est jamais permis de négliger.

CHAPITRE VI.

MALADIES SPORADIQUES, ÉPIDÉMIQUES, ENDÉMIQUES.

ARTICLE PREMIER. — MALADIES SPORADIQUES.

(Σπείρω, je disperse). On appelle de ce nom les maladies qui se montrent sur un sujet seul ou sur des sujets en petit nombre et largement espacés. Elles dépendent surtout de conditions individuelles. On ne peut exactement nommer ainsi que les maladies qui se présentent isolées, alors que dans d'autres circonstances, survenant à la suite d'une provocation puissante qui s'est généralisée, elles envahissent, par exemple, toute une localité. Ainsi : on dit qu'un choléra, une dysenterie, sont *sporadiques*, comparativement aux autres cas de choléra, de dysenterie, qui sont *épidémiques*. Il suit de là qu'il n'y a pas lieu d'appeler sporadiques les maladies qui ne sont pas susceptibles de régner épidémiquement : telles sont les maladies dépendantes, les maladies traumatiques, les empoisonnements, etc., qui peuvent exister en grand nombre, mais qui sont incapables de revêtir le caractère épidémique.

ARTICLE II. — MALADIES ÉPIDÉMIQUES, CONSTITUTIONS MÉDICALES.

Dans un pays quelconque, les influences spéciales et constantes du climat, du sol, renforcées par l'hérédité, donnent lieu à des maladies dont le chiffre l'emporte sur celui des autres. Quand ce chiffre est considérable, cela s'appele *endémie*.

Épidémie (ἐπὶ sur, δῆμος peuple, qui s'étend à tout un peuple) s'entend d'une maladie extraordinaire et passagère transformant d'une façon notable la situation habituelle d'une contrée.

Lorsqu'une maladie s'établit ainsi, et qu'elle frappe plus ou moins fortement un grand nombre des habitants d'une localité, il est évident qu'elle se rattache à une cause nouvelle, persistant un certain temps, assez générale, assez énergique pour agir à peu près sur tout le monde. Cette cause peut être une contagion, un foyer d'infection qui n'existait pas auparavant. Ce peuvent être des aliments insuffisants, avariés, des boissons malsaines. On a vu enfin des maladies naître et se multiplier, l'instinct de l'imitation aidant, sous l'influence d'idées morales exaltées qui à certaines époques pénètrent fortement dans l'esprit des populations. D'ordinaire, les causes que je viens d'indiquer remplissent un rôle simplement auxiliaire par rapport à une autre plus puissante, ou bien elles agissent également et par leur ensemble. Toutefois elles peuvent agir seules avec assez d'énergie et d'ampleur pour susciter des maladies populaires que plusieurs médecins appellent épidémiques.

Le mot épidémie est plus correctement employé pour désigner des maladies dont la cause provocatrice est cosmique, c'est-à-dire constituée par des mutations introduites dans l'atmosphère qui nous entoure, et contre lesquelles nous ne pouvons rien.

Ces mutations portent sur les qualités appréciables de l'air, ou bien elles sont dues à la présence de quelque chose d'occulte. Cela fait deux sortes d'épidémies.

Les premières sont pour moi des épidémies *catastatiques*. Jusqu'à plus ample informé, je nomme les autres épidémies *spécifiques*.

§ I. Épidémies catastatiques.

Le mot *catastatique* a été proposé par Double (κατάστασις, constitution, établissement d'une chose) pour désigner les maladies liées à un état atmosphérique permanent. Je le préfère au mot *constitutionnel*, usité auparavant et qui a un autre emploi[1].

Il nous paraît tout simple aujourd'hui de chercher dans l'influence des saisons régulières ou irrégulières la cause provocatrice importante d'un grand nombre de maladies. On ne se souvient pas assez que cette voie a été ouverte par Hippocrate. Avant Hippocrate, la vraie médecine n'existait pas, tout était rapporté à l'action divine. Hippocrate, en dirigeant l'attention sur les causes naturelles, a fondé l'observation et la science.

L'action de la saison ne comprend pas seulement certaines qualités atmosphériques prédominantes. Les eaux, le sol, sont modifiés par la saison, et l'influence qu'ils exercent ne peut être négligée. Il n'en est pas moins vrai que l'air remplit le principal rôle.

On appele *constitution atmosphérique* un certain état de l'air apprécié par nos sensations et à l'aide des instruments employés en météorologie : thermomètre, hygromètre, baromètre, udomètre, ozonomètre, etc.

La *constitution médicale* s'entend des effets suscités dans les populations par la constitution atmosphérique : celle-ci est un fait physique s'accomplissant au dehors de nous ; celle-là est un fait physiologique qui se produit en nous. Le trait d'union est la sensibilité. Nous sentons d'une certaine manière tel état atmosphérique et nous manifestons telle capacité morbide en rapport avec cet état. Lorsque la constitution atmosphérique est ce qu'elle doit être, les maladies ne présentent rien d'extraordinaire et la constitution médicale n'est pas remarquée. En Europe, tout le monde le sait, l'hiver amène avec lui les affections inflammatoires ; l'été est la saison des affections bilieuses ; les affections catarrhales pré-

[1] L'épithète ancienne, *maladies constitutionnelles*, était en rapport avec les mots : *constitution médicale*, *constitution atmosphérique*, encore adoptés. Il serait bon que le changement de langage fût complet et que l'on dît à l'avenir : *catastase atmosphérique*, *catastase médicale*. Constitution, constitutionnel, seraient décidément réservés : le premier pour exprimer le degré de résistance vitale d'un sujet ; le second pour indiquer les affections chroniques, obstinées, diathésiques.

dominent au printemps et en automne, celles du printemps ayant un caractère de sthénie, et celles de l'automne un caractère asthénique. Telle est la succesion morbide annuelle, quand tout se passe régulièrement.

Les saisons *irrégulières* (intempéries) dérangent cet ordre. Une saison est irrégulière quand ses qualités propres sont notablement exagérées ou amoindries; quand elle présente, mêlées aux siennes, les qualités d'une autre saison, etc. Cela fait autant de constitutions atmosphériques particulières auxquelles se rattachent des maladies correspondantes.

La constitution est dite *semestrale* lorsque la qualité d'une saison reste prédominante pendant six mois. Celles qui sont observées le plus souvent et que plusieurs médecins admettent exclusivement, sont la constitution semestrale *printanière* et l'*automnale*. La constitution *annuelle* est celle dans laquelle une seule saison prédomine pendant toute l'année. Telle fut l'intempérie chaude observée à Vienne par Stoll en 1755. L'année d'après, l'intempérie fut encore annuelle, mais froide. L'affection bilieuse décrite par Sydenham, et qui dura pendant les années 1657, 1658, était bisannuelle. Le même auteur a vu une constitution *trisannuelle* qui débuta en 1673, et qui fut marquée par des variations atmosphériques se succédant obstinément pendant tout ce temps.

Les intempéries *journalière, hebdomadaire,* et même *mensuelle,* n'ont pas assez de puissance pour donner lieu à une maladie populaire. Elles peuvent amener des complications, modifier la forme de la constitution médicale, mais elles n'en altèrent pas la nature. Quelques journées chaudes, pendant une constitution hivernale, provoquent des accidents gastriques qui ne sont que surajoutés et qui n'exigent que l'emploi passager des évacuants. Quelques journées froides, pendant une constitution estivale, ont pour effet de porter l'effort de la maladie régnante du côté des organes respiratoires, d'augmenter l'excitation générale et locale. Les saignées sont moins contre-indiquées, mais le principal du traitement n'est pas changé, parce que la nature de la maladie reste la même malgré la nouveauté de la forme et du siége. Le livre de Stoll, entre autres, fournit plusieurs exemples de ce genre d'observations.

Il faut qu'une intempérie dure longtemps, pour qu'elle fasse sentir son influence sur les populations et leur impose une prédisposition commune. L'intempérie précède d'un assez long inter-

valle l'apparition de la maladie qu'elle provoque. Il en est de même pour les saisons régulières, qui ne sont suivies qu'au bout d'un certain temps des maladies qui leur correspondent. La constitution médicale de l'été ne commence pas immédiatement avec les chaleurs, mais quelques semaines après le solstice. Elle ne prend pas fin à l'équinoxe d'automne, mais quelque temps après, et ainsi pour les autres. En sorte qu'on a dit avec raison que l'année solaire indiquée par l'almanach différait de l'année médicale, celle-ci étant toujours en retard sur celle-là. Il faut être averti de cette circonstance, afin de ne pas attribuer à la saison qui commence les maladies qui appartiennent à la précédente.

Une saison immodérément froide ou chaude est une intempérie quand elle s'établit brusquement et dure longtemps. Mais si elle s'introduit progressivement et finit de même à son heure, on devra la considérer comme une saison régulière, et de fait, ce froid, ce chaud excessifs incommodent mais n'altèrent pas gravement la santé publique. Ces températures extrêmes ont pourtant des inconvénients dont voici les principaux : Sous leur influence, les maladies de la saison sont un peu plus nombreuses qu'à l'ordinaire, mais elles ne sont pas plus graves; en somme, cela attire peu l'attention ; elles dépassent la tolérance des sujets avancés en âge, des faibles, et sont causes déterminantes de maladies sérieuses, de morts subites en rapport avec les prédispositions particulières de chacun. Pendant que les individus infirmes sont ainsi éprouvés, la population valide jouit d'une santé complète. L'apparition d'une maladie décidément populaire est, au contraire, la conséquence d'une qualité atmosphérique extrême s'établissant brusquement et pour longtemps. Les annales de la science contiennent des faits très-significatifs en faveur des propositions que je viens d'énoncer.

On se plaint de l'irrégularité des saisons actuelles et du chiffre croissant des maladies. Cela n'est pas nouveau; jamais on n'a été satisfait du temps présent. Le savant n'est pas, il s'en faut, de cet avis. Il fait la part des petites irrégularités qui sont inévitables dans un ordre de faits dont l'évolution ne peut être mathématique, inflexible. Il se méfie des jugements suggérés par une sensibilité trop susceptible, par le désir immodéré du bien-être. Il lui faut de bonnes observations météorologiques soigneusement rapprochées des observations pathologiques. Et, tout bien examiné, il est con-

duit à cette conclusion que les prétendus excès atmosphériques dont on se plaint ont toujours existé; il s'assure qu'en définitive les maladies populaires par intempérie des saisons sont plus rares que jadis et que la mortalité a diminué, résultat qu'expliquent suffisamment les progrès accomplis dans l'hygiène publique et privée.

Quelques médecins ont supposé qu'un certain ordre présidait à l'apparition des grandes intempéries, et que chacune se montrait à sa place et à son tour. Sydenham, entre autres, a caressé cette idée sans s'y arrêter. Raymond (de Marseille) l'a prise au sérieux. Il a cru pouvoir affirmer d'après l'observation, non pas que les mêmes maladies par intempérie revenaient périodiquement, ayant même nature, mais que la nature des maladies régnantes était dominée alternativement par un mode général sthénique ou asthénique (*mode fort, mode mou*), chacun durant dix-neuf ans, à la suite desquels il cédait la place à l'autre. Cette opinion de Raymond fut accueillie avec faveur, d'autant mieux qu'elle parut appuyée par les observations de Toaldo, célèbre astronome de l'époque. Toaldo pensait que les saisons et leurs intempéries étaient réglées par les phases de la lune, dont le cycle complet met dix-neuf ans à s'accomplir. D'après cela, chaque année la lune se trouverait, par rapport à notre planète, au même point où elle s'est trouvée dix-neuf ans auparavant. Cette hypothèse et les autres de même genre ont été jugées inexactes. La prédiction des intempéries est impossible, en l'état. Je crois rendre justice à des travaux récents bien connus, en disant que ce sont de simples essais, desquels on ne peut encore rien conclure de positif.

Le pouvoir morbifique des intempéries a été réduit outre mesure par des médecins d'une grande autorité. Fernel, Ramazzini, Sydenham, Mertens, Van Swiéten, leur refusent le privilége de donner lieu à des maladies excédant la durée des saisons régulières, et ils expliquent par des hypothèses gratuites les maladies vraiment intempériques qu'ils ont observées. Fernel avait recours à des influences sidérales; Ramazzini à des sels acides ou alcalins dissous dans l'atmosphère et transportés par les vents; Sydenham, imité par Mertens et Van Swiéten, à des exhalaisons pernicieuses échappées du sol. Toutes ces hypothèses étaient inspirées à leurs auteurs par ce fait que les constitutions atmosphériques présentes ne se trouvaient pas en rapport avec la nature et la durée des maladies qu'ils observaient. Ils avaient oublié le dogme hippocratique : les

maladies actuelles ne peuvent être connues si l'on n'étudie les temps passés, *a preterita temporum conditione fluunt.* Quand Hippocrate s'occupe des maladies d'une année, il met en regard de ces maladies l'histoire météorologique du temps qui les a précédées; c'est là qu'il en trouve la cause préparatrice. Celse, Baillou, Lancisi, Ramazzini lui-même, pour les premières maladies populaires dont il a parlé; Huxham, Lepecq de la Clôture, Stoll, Fouquet, Grimaud, Broussonnet, toute l'École de Montpellier, ont admis et justifié le précepte hippocratique. Et ce qu'il y a de remarquable, (particularité parfaitement mise en lumière par mon collègue M. Fuster dans son livre des *Maladies de la France*, au chapitre: *Causes des maladies annuelles*), c'est que les médecins cités plus haut auraient pu, s'ils avaient pris la peine de consulter le passé météorologique, rattacher très-aisément leurs épidémies prétendues réfractaires à de véritables intempéries. Mais ils se sont bornés à étudier les qualités atmosphériques des périodes pendant lesquelles ils observaient, et ils ont méconnu le vrai rapport étiologique. Les constitutions médicales s'expliquent par ce qui a été et non par ce qui est; aussi n'est-il pas surprenant que Sydenham, par exemple, qui ne tenait compte que du temps présent, n'ait vu que désaccord entre les constitutions atmosphériques et les constitutions médicales, et qu'il ait été amené à la conclusion erronée que voici [1] :

« Quoique j'aie observé avec tout le soin possible les différentes constitutions des années par rapport aux qualités manifestes de l'air, afin de pouvoir découvrir par ce moyen les causes de cette grande variété de maladies épidémiques, je ne vois pas que j'aie rien avancé jusqu'ici. »

En se souvenant du précepte hippocratique, Sydenham aurait trouvé le mot de l'énigme et n'aurait pas jeté ainsi une injuste défaveur sur l'étude des intempéries. Faute d'investigations météorologiques rétrospectives, les maladies nouvelles étaient pour lui tout à fait imprévues; il n'avait pas la moindre idée de leur nature, et il était obligé de se livrer à des tâtonnements qui, ainsi qu'il le dit lui-même, étaient funestes aux premiers malades, sur lesquels il expérimentait en aveugle, afin de connaître la constitution médicale régnante.

[1] Sydenham: *Médecine pratique*, tom. I, pag. 7.

Ce travail improvisé, ces perplexités, n'existent pas pour le médecin qui, d'après l'observation des temps écoulés, est averti, prévoit les maladies futures et se trouve suffisamment renseigné quand, ce qui est l'ordinaire, l'événement justifie ses prédictions. Les épidémiographes fidèles au conseil d'Hippocrate fournissent des preuves multipliées de ce que je viens d'avancer, et montrent ainsi tout le parti que l'on peut tirer de la météorologie appliquée à la médecine. Stoll, envoyé en Hongrie pour remédier aux maladies qui désolaient ce pays, acquit une telle habitude pour prédire leur venue d'après les observations du ciel, qu'il en reconnaissait la présence par le moindre symptôme précurseur et en établissait du premier coup le traitement approprié.

§ II. Constitutions médicales stationnaires.

Sydenham, le premier, a proposé ce mot. Toute maladie qui dure est pour lui une maladie *stationnaire*. Une pareille maladie, toujours d'après Sydenham, n'a rien de commun avec les qualités de l'air et se rattache à des émanations telluriques dont, faute de la vraie explication, il a imaginé l'existence. Le sens du mot stationnaire a varié depuis. Raymond (de Marseille) appelle *épidémique* ce que Sydenham appelait *stationnaire*, et il réserve cette dernière épithète, non pas pour telle maladie, mais pour le mode régnant fort ou mou qui, selon ses idées, se perpétuait pendant dix-neuf ans. Fouquet voulait que cette expression fût toujours attachée à une épidémie provenant d'une cause inconnue, à ce qui est pour moi une épidémie spécifique. Pour Fouquet, les maladies durables dépendant des qualités appréciables de l'air étaient, soit de petites stationnaires, soit de petites épidémies. Barthez, désespérant de faire cesser cette confusion, a pris le parti de supprimer l'expression *stationnaire*. Une phrase jetée en passant dans son discours sur le génie d'Hippocrate, condamne la chose discutée sous le couvert de ce mot, comme une fiction métaphysique, invraisemblable, dont les faits bien observés ne donnent aucune preuve directe.

Supprimer un mot est possible, mais il ne peut en être de même de l'idée représentée par ce mot, quand elle s'impose à l'observateur. Parmi les différentes opinions qui ont vu le jour à propos des maladies stationnaires, la meilleure, à mes yeux, est la suivante : Toute constitution médicale est stationnaire quand elle exagère sa

durée habituelle, normale. Si elle s'étend au-delà d'une saison, elle est stationnaire relativement à la constitution saisonnière régulière. La durée d'une épidémie spécifique est d'environ deux ou trois mois ; dépasse-t-elle largement cette limite, elle est devenue stationnaire. La maladie endémique offre, ainsi que nous le verrons, le plus haut degré de la qualité stationnaire.

Le mot stationnaire ne convient pas aux maladies qui se propagent et se maintiennent par cause morale, par mauvaise alimentation, par infection, par contagion. La nature de la cause de ces maladies ne permet pas de leur reconnaître un type régulier pour la durée, en sorte que, ce type n'existant pas, aucune comparaison avec lui n'est possible. Au contraire, une constitution médicale bilieuse, catarrhale, inflammatoire, correspondant pour la durée avec une saison ordinaire, est le type d'une constitution médicale non stationnaire. Se prolonge-t-elle pendant six mois, un an, deux ans et davantage, on est autorisé par comparaison à l'appeler stationnaire.

J'approuve, on le voit, la pensée de Sydenham qui lui a suggéré le mot stationnaire, parce qu'elle exprime un fait d'une incontestable vérité; mais j'abandonne Sydenham quand il prétend que jamais les maladies stationnaires ne peuvent être rattachées aux intempéries.

Hildenbrand et Stoll, son prédécesseur à la clinique de Vienne, admettent des stationnaires dépendant des qualités de l'air excessives et permanentes. Ils les désignent par un mot qui exprime leur durée obstinée : ce sont pour eux des diathèses.

Cette manière d'entendre les maladies stationnaires conduit à admettre, dans toutes les localités, une affection de ce genre, sinon tout à fait constante, du moins habituelle, et qui constitue un fond pathologique permanent en rapport avec les influences prédominantes du milieu. Partout il en est ainsi. Dans la zone Montpelliéraine, la maladie stationnaire est l'affection catarrhale bilieuse commandée par les mutations brusques atmosphériques, par les excès de chaleur, qui sont les qualités saillantes de notre climat.

§ III. **Maladies intercurrentes.**

D'après le sens étymologique du mot, une chose survenant pendant le cours d'une autre est *intercurrente*. D'après cela, une ma-

ladie nouvelle qui s'établit chez un sujet déjà malade, est intercurrente. Sydenham, appliquant ce mot à la doctrine des maladies populaires, lui a donné un sens particulier. L'*intercurrente* suppose une maladie *stationnaire* existant préalablement, et une autre maladie qui intervient pendant le règne de cette dernière. Selon la pensée de Sydenham, adoptée par les auteurs les plus graves, la maladie intercurrente n'est pas une maladie sporadique, c'est une collection de maladies de même nature se mêlant à la maladie stationnaire. Dans cette manière de voir, les maladies intercurrentes sont dues aux saisons régulières ou à des intempéries passagères, et ne sont pas, par conséquent, fortement établies. Ainsi, l'intercurrence se révèle dans le fait d'une maladie populaire relativement légère et de courte durée, qui est englobée dans une autre plus fixe, plus générale. Nous verrons que les intercurrentes se développent plus difficilement pendant le cours d'une épidémie spécifique. On les observe mieux et plus fréquemment dans les épidémies par intempérie.

Le médecin appelé auprès d'un malade pendant une épidémie, doit donc se poser les questions suivantes : est-ce une maladie sporadique, c'est-à-dire est-ce une maladie développée à la suite d'une prédisposition individuelle? est-elle modifiée ou non par la maladie régnante? est-ce la maladie régnante, et, dans ce dernier cas, cette maladie est-elle seule ou bien est-elle compliquée par une maladie intercurrente?

Ce n'est pas tout; il se peut que d'autres influences morbifiques se trouvent combinées : peines d'esprit, mauvaise nourriture, infection, contagion. Ce concours de circonstances fâcheuses n'est pas rare dans un camp, dans une ville assiégée, dans un hôpital. Le médecin alors, pour être à la hauteur de sa tâche, doit reconnaître la présence de ces diverses conditions, en apprécier la valeur dans un cas donné, et modifier sa thérapeutique en conséquence.

Après ces explications, je dois dire ce que sont les épidémies par *intempérie*, considérées au point de vue de leur nature nosologique. Ces épidémies étant sous la dépendance de l'action de l'air exagérée, déviée, altérée, c'est dans les maladies saisonnières régulières qu'il faut chercher leur point de départ. Or, ces dernières sont au nombre de cinq, appelées *affections cardinales* : l'inflammatoire, la catarrhale du printemps à génie sthénique, la bilieuse, la catarrhale d'automne à génie asthénique et l'intermittente.

Quelques auteurs, à l'exemple de Stoll, réunissent l'affection catarrhale du printemps à l'affection catarrhale de l'automne, et alors le chiffre se réduit à quatre.

Toutes les constitutions médicales épidémiques venant d'une intempérie, sont réductibles à ces maladies qui peuvent exister seules ou se montrer associées par fusion ou par complication, selon qu'une seule qualité de l'air a été prédominante, ou selon qu'elles se sont combinées entre elles. L'humidité, quand elle joue un rôle important, tend à leur donner un fâcheux caractère. L'humidité unie au froid, aux transitions brusques, provoque des maladies catarrhales muqueuses, des rhumatismes; la chaleur humide prédispose aux maladies ataxo-adynamiques. Chaque maladie par intempérie peut donc porter un nom qui en indique l'élément ou les éléments composants : catarrhale, bilieuse, inflammatoire, adynamique, etc.; ou bien bilieuse inflammatoire, catarrhale ataxo-adynamique, etc. Il s'en faut que les épidémiographes s'en tiennent à ces dénominations. Ils usent à cet égard d'une ample liberté, et derrière cette variété de noms, le lecteur novice éprouve des difficultés à découvrir la vraie nature de la maladie. On est moins exposé à l'erreur quand on apporte à la lecture l'instruction et la réflexion nécessaires. Sydenham, on s'en souvient, refuse d'attribuer aux intempéries saisonnières les constitutions médicales qu'il a observées, et il se contente de les désigner par le chiffre de l'année. Ses descriptions permettent pourtant de reconnaître qu'il ne s'agit pas de maladies nouvelles, ainsi qu'il le croit, mais bien de maladies inflammatoires, bilieuses, catarrhales, etc., semblables à celles qui se rencontrent partout. On rapporte sans peine ces maladies à leurs vraies causes atmosphériques, en consultant les auteurs contemporains de Sydenham, lesquels, par un hasard heureux, ont rempli la lacune laissée par ce grand médecin et ont donné tous les détails nécessaires sur les temps qui ont précédé et préparé ces constitutions médicales.

Là, comme ailleurs, on s'assure qu'il y a une maladie stationnaire formant le fond pathologique, et des maladies intercurrentes dont la puissance, suffisante pour altérer ce fond, ou bien amène des complications, ou bien modifie seulement le siége ou la forme de la maladie stationnaire.

On n'observe pas d'intercurrente quand la stationnaire règne sans partage : par exemple, si les caractères de la saison présente

sont effacés. Ainsi, d'après Haller, l'hiver manqua dans le canton de Berne, en 1762; il ne tomba pas de neige, phénomène extraordinaire pour ce pays. Aussi vit-il, pendant cet hiver nominal, la fièvre bilieuse régnante qui résultait d'une intempérie chaude précédente, ne subir aucune modification et réclamer toujours le même traitement : les évacuants d'abord, et puis les toniques et les cordiaux. Stoll mentionne plusieurs exemples analogues. Raymond (de Marseille) et de Haën racontent des faits qui prouvent qu'une stationnaire suscitée par une longue et forte intempérie a pu se prolonger, en faisant taire, pendant quelques années, les maladies ordinaires des saisons, bien que celles-ci fussent convenablement réglées.

Les choses ne se passent pas toujours ainsi, et la saison exerce une influence qui varie selon son intensité. Voici un exemple d'une intercurrente partageant avec une stationnaire l'empire de la constitution médicale. L'hiver de 1709 fut extrêmement froid. Il fut suivi, en Italie, d'un été très-chaud. Il survint alors des péripneumonies graves dont Guidetti a donné la description. Ces péripneumonies étaient moitié inflammatoires, moitié bilieuses. La combinaison méthodique des deux traitements était indispensable; les saignées seules, les évacuants seuls, se montraient insuffisants. Évidemment l'intercurrente estivale s'était fortement imposée à la stationnaire inflammatoire résultant de l'hiver exceptionnel, et cela d'autant mieux qu'en Italie les affections bilieuses sont habituellement permanentes et tendent sans cesse à revenir, lorsqu'une cause extraordinaire les a fait momentanément disparaître.

Sydenham, témoin de la variabilité, selon les circonstances, du degré de puissance des intercurrentes, les a divisées en intercurrentes symptomatiques et en intercurrentes essentielles. Les premières ne modifient que la forme morbide et ne changent rien au principal du traitement. Les secondes vont plus loin; elles atteignent le fond morbide et exigent une thérapeutique décidément nouvelle et appropriée à l'importance de la modification survenue. Ce dernier cas était celui que Guidetti nous a fait connaître.

Les circonstances nouvelles disparaissant, la stationnaire tend à reprendre l'empire qui lui a été accidentellement disputé. Sydenham donne de ce fait des preuves pratiques convaincantes, admirablement analysées et présentées. Stoll insiste également sur ce sujet, qu'il traite avec sa supériorité accoutumée.

Les saisons exercent des influences analogues sur les maladies épidémiques spécifiques, sur les maladies sporadiques, influences qui sont toujours proportionnelles à l'intensité de l'action et à la résistance opposée. Tout le monde sait que les fièvres exanthématiques populaires s'associent avec la maladie de la saison, qu'une saison préserve des maladies propres à la saison contraire, et qu'elle hâte l'explosion de celles qui sont en rapport avec elle.

Les causes préparatrices des affections chroniques se trouvent d'ordinaire, mais non exclusivement, dans une prédisposition congénitale. Nous verrons, à l'article *endémie*, la puissance du climat en ce genre. L'action d'une longue intempérie, pour la production de semblables effets, ne peut être niée et est depuis longtemps connue. Pendant la constitution médicale observée par Hippocrate[1], et qui était le fruit d'une intempérie chaude et humide, à côté de la maladie régnante, qui était une fièvre ataxo-adynamique, on vit paraître des ulcères, des ophthalmies opiniâtres, des hydropisies, des phthisies. Les phthisiques traînèrent jusqu'à l'automne, époque où le plus grand nombre périrent; la plupart finirent dans l'hydropisie. Ces maladies chroniques et les incidents qui s'y mêlèrent n'étaient pas étrangers aux circonstances atmosphériques qui avaient amené l'épidémie, ni à cette épidémie elle-même.

Pareillement, les phthisies, les ulcères, les hydropisies, les scorbuts, etc., qui furent remarqués par Rœderer et Wagler pendant la constitution médicale qu'il ont décrite, se rattachaient aux mêmes causes que la maladie dominante. Tous les épidémiographes ont constaté des événements semblables. La différence des effets s'explique par celle des prédispositions individuelles.

Finke, Stoll et beaucoup d'autres, ont vu des maladies chroniques contrastant non-seulement pour la durée, mais encore pour les symptômes, avec la fièvre épidémique. C'était pourtant au fond la même maladie, réclamant pour le principal le même traitement.

Qu'advient-il chez les sujets déjà atteints de maladies chroniques, lorsqu'il survient une épidémie par intempérie? Rien ou peu de chose, s'il n'y a aucune relation de nature entre la maladie régnante et la maladie chronique. Sans doute des individus porteurs de cancer, d'anévrysme, de varices, etc., peuvent contracter cette maladie et en subissent les chances; mais le plus souvent leur can-

[1] Hippocrate; troisième livre des *Épidémies*, sect. 3.

cer, leur anévrysme, etc., n'en reçoivent aucune modification appréciable. Il n'en est plus de même s'il existe des affinités entre la maladie de l'époque et la maladie chronique.

On sait que chaque saison fait prédominer tel ordre de mouvements. Cette influence est fâcheuse quand ces mouvements sont exagérés. L'hiver est mauvais pour toutes les maladies marquées par une concentration : spasmes, névropathies; l'été favorise les fluxions dont l'aboutissant est la peau, le tube digestif; le printemps, l'automne surtout, sont funestes aux sujets atteints de catarrhe, de phthisie, etc.

A plus forte raison une maladie chronique sera-t-elle modifiée en mal, si la maladie régnante qui s'y ajoute est d'une nature analogue et surtout semblable. Tous les observateurs ont remarqué que la scrofule et ses dérivés, l'hydropisie asthénique, le rachitis, etc., étaient aggravés par une constitution catarrhale muqueuse; que les maladies inflammatoires, bilieuses, s'exaspéraient pendant une constitution médicale de même nom, etc.

Parfois, la maladie régnante modifie la maladie chronique au point de se substituer entièrement à elle, et alors la maladie chronique devient curable par les mêmes moyens qui conviennent à l'autre. Van Swiéten, Rœderer et Wagler, Grant, Finke, Stoll, C.-L. Dumas, etc., ont cité, à l'appui, des faits fort remarquables. Ce cas, on le conçoit sans peine, doit être plus rare pour les maladies chroniques que pour les aiguës.

Avant de terminer cet exposé sommaire des rapports qui relient les affections morbides aux saisons, je soumets au lecteur une réflexion qui peut-être ne manque pas de portée. Pourquoi tel agent thérapeutique qui a réussi contre certaines maladies, à telle époque, n'a-t-il plus le même pouvoir quand on l'emploie pour des cas semblables, mais dans d'autres temps? N'est-il pas possible qu'au moment de leur succès ces agents aient trouvé des conditions favorables dans le concours fortuit d'une action saisonnière? Ne conviendrait-il pas alors de rechercher mieux qu'on ne l'a fait jusqu'à présent, les changements avantageux ou défavorables que les constitutions atmosphériques introduisent dans les effets de nos traitements hygiéniques, pharmacologiques, chirurgicaux? On ne peut nier la différence de leur action pour les climats, pour les saisons extrêmes, et n'est-il pas probable que dans les états intermédiaires se trouvent des nuances encore inconnues et dont la déter-

mination précise serait, pour la thérapeutique, une lumière qui la rendrait à la fois plus rationnelle et plus efficace ?

Je dois parler de l'influence des saisons et de leurs intempéries sur les maladies traumatiques. Depuis Hippocrate, les observateurs ont noté qu'un froid intense retentissait fâcheusement sur les plaies et donnait aux blessés une susceptibilité morbide qui les prédisposait aux réactions.

La chaleur, au contraire, est une condition heureuse. Les lointaines pérégrinations des armées du premier Empire ont permis de s'assurer qu'en Égypte et dans tous les pays chauds les plaies guérissaient mieux et plus vite qu'en Allemagne, qu'en Russie.

J'ai dit chaleur et non été. L'été, en effet, peut être intempérique, s'accompagner d'humidité, et alors son influence est redoutable. En outre, pendant l'été, on est plus exposé aux inconvénients de l'infection, de la contagion ; toutes circonstances funestes aux blessés : il suffit de nommer le typhus, la pourriture d'hôpital, la fièvre intermittente, etc.

Les mutations brusques, l'état électrique de l'air, donnent lieu à des fluxions qui entravent le travail de la cicatrisation, suscitent le tétanos, etc.

L'humidité constante est toujours nuisible, par son action affaiblissante.

L'aphorisme suivant de Boerhaave me paraît résumer convenablement la question : « Il faut aux blessés un air pur, souvent renouvelé. Le meilleur est celui qui est sec et modérément chaud. »

Les blessés, et parmi eux je comprends les opérés, sont, par suite de leur impressionnabilité plus exquise, particulièrement accessibles à l'action des causes extérieures et subissent l'influence des maladies régnantes. Il suffira de citer en preuve le passage suivant extrait de Rœderer et Wagler :

« Presque tous les individus blessés d'une manière quelconque, quoiqu'ils fussent très-sains auparavant, succombèrent tôt ou tard à l'épidémie muqueuse. Selon la gravité de la plaie, il s'allume une fièvre aiguë ; le pus qui se forme par suite de l'inflammation est de mauvaise qualité, fétide, ichoreux ; la gangrène suit, et en même temps tous les symptômes d'une fièvre muqueuse, aiguë, maligne, inflammatoire, putride... Quoiqu'ils échappent quelquefois à la fièvre, les plaies néanmoins restent ouvertes, absorbant de nouveau le miasme de l'air, et à la suite de plusieurs rechutes la ma-

ladie dégénère en fièvre lente... Les officiers blessés, dans la ville, et le simple soldat, dans les hôpitaux, eurent à peu près le même sort. Il n'y eut personne atteint d'une plaie quelconque même légère et susceptible de guérir d'elle-même dans un corps sain, soit qu'elle eût été produite par accident ou par la main d'un opérateur, qui le supportât impunément, par la complication de la maladie muqueuse, qui ne tombât en danger de sa vie... Les plaies même produites par la lancette se consolident avec peine, et les lèvres humides, plusieurs jours après, se rouvrent encore. Plus que les autres, les plaies abdominales sont accompagnées du plus grand danger, etc.[1] »

Tous les chirurgiens ont fait des observations analogues dans les lieux où sévit une maladie épidémique.

Il y a même des maladies qui paraissent et se multiplient exclusivement sur les blessés et n'atteignent personne autre : telles sont la fièvre dite purulente, la pourriture d'hôpital, etc. Cette dernière s'explique par l'encombrement, par la contagion ; origine qui n'est pas aussi bien démontrée pour les autres, et il est permis de penser qu'une constitution atmosphérique spéciale concourt à leur formation. Jusqu'à présent, j'en conviens, on ne peut rien dire de positif à ce sujet. Peut-être est-ce parce que les investigations en ce genre, n'ayant pas, aux yeux des modernes, la valeur qu'elles avaient jadis, sont à peu près abandonnées.

Un mot, en finissant, sur les rapports que l'on découvre entre la mortalité d'un pays et son milieu atmosphérique. On ne peut nier ces rapports. Une influence aussi puissante pendant les années où elle s'exerce librement, doit servir à expliquer pourquoi les maladies sont plus nombreuses et plus graves à certaines époques.

Pour cela, des tableaux statistiques exacts et nombreux seraient nécessaires. Ceux que je connais me paraissent insuffisants ; c'est pourquoi je me contente de proposer les idées suivantes à l'examen des praticiens. Des documents plus complets apprendront ce qu'il faut en penser.

En premier lieu, il semble prouvé que la mortalité a diminué depuis le XVII[e] siècle. L'amélioration de l'hygiène publique et privée rend naturellement compte de ce résultat. Le fait est général en France et s'observe à Paris comme ailleurs.

Mais voici une circonstance singulière. L'époque de la plus

[1] Rœderer et Wagler; *Traité de la maladie muqueuse*, 1806, pag. 157.

grande mortalité dans la zone parisienne s'est déplacée. Elle était en automne pendant le XVIIe siècle, et maintenant elle se manifeste pendant le trimestre de mars, avril et mai. Ce point est, je crois, admis. L'excès de mortalité en automne, pendant le XVIIe siècle, a été mis en évidence dans un travail statistique dont M. Villermé est l'auteur. Grant, opérant sur les données fournies par les registres des hôpitaux de Londres, est arrivé à la même remarque pour cette dernière ville.

A Montpellier, ce déplacement n'a pas été observé; le chiffre des maladies et les décès augmentent sensiblement tous les ans à partir de juillet, jusqu'à l'apaisement définitif des chaleurs de l'été.

Pourquoi le changement accompli dans les pays du nord de l'Europe ne s'est-t-il pas opéré sous notre ciel? Voici mon explication.

Restreignons prudemment le débat et ne considérons que les zones parisienne et montpelliéraine. Longtemps et jusqu'au XVIIe siècle inclusivement, les maladies ont été plus graves et plus nombreuses en automne, parce que c'était le temps le plus favorable à l'éclosion, à la propagation des épidémies provenant de causes qui se formaient à la surface du sol, autour des populations (infections et contagions consécutives favorisées par la promiscuité, par l'absence des soins hygiéniques dont on n'avait pas l'idée, et par la misère des classes inférieures).

Depuis, de grandes améliorations ont été réalisées, qui ont notablement assaini le sol, les habitations, les individus, et elles ont eu pour conséquence la diminution des maladies populaires, suscitées par une hygiène défectueuse. Cette élimination étant faite, l'action des saisons a pu s'appesantir plus librement sur les populations et devenir la cause décidément prépondérante. Sous ce régime nouveau, la mortalité a dû se déplacer à Paris. Là, effectivement, la chaleur estivale est habituellement de trop courte durée pour exercer une influence générale et profonde. Le froid est la qualité saillante et continue du climat; il n'est donc pas surprenant que, lorsque rien ne se met à la traverse, la mortalité se montre maintenant à l'époque de l'année où les prédispositions préparées par le froid ont acquis leur degré extrême, et cette époque est naturellement la fin de l'hiver. Ce serait donc le froid qui serait la cause la plus puissante des maladies saisonnières de Paris.

La mortalité n'avait aucun motif de déplacement à Montpellier, où l'été tient une si grande place dans nos constitutions atmosphériques. C'est donc la chaleur qui prend ici le rôle prépondérant. Quoi de plus naturel encore que ces maladies se multiplient lorsque cette saison est assez fortement établie pour faire taire les prédispositions printanières et y substituer les siennes propres! Ajoutons à cela que notre littoral est couvert de marécages dont les effluves prennent, à ce moment de l'année, un caractère particulièrement dangereux.

Cette explication des faits dont il s'agit est, ce me semble, digne d'attirer l'attention. et elle me paraît mériter d'avoir une place dans un chapitre consacré à l'action morbifique des saisons.

Les saisons et leurs intempéries ont partout les mêmes effets, quelle que soit la latitude, parce que l'homme, sur lequel elles agissent, est partout essentiellement le même. J'ai parlé de nos constitutions atmosphériques et des maladies qui s'y rapportent. Dans les autres pays, on découvre une correspondance analogue entre l'état du ciel et les maladies. Les principes que j'ai formulés sont donc applicables sur toute la surface du globe, et les conseils que donnait Hippocrate dans les premières lignes de son *Traité des eaux, des airs et des lieux,* méritent toujours d'être présents à l'esprit du praticien :

«Les diverses saisons de l'année et ce que chacune peut opérer, doivent être une source de méditations.... Le médecin qui connaît bien ce qu'est la succession des saisons sera capable de prévoir la constitution de l'année entière; cherchant ainsi et parvenant à connaître l'à-propos dans ces diverses choses, il distingue ce qui convient au maintien ou au rétablissement de la santé, et il aura de grands succès dans la pratique de son art.»

§ IV. Épidémies spécifiques.

Si, comme quelques-uns le pensent, le *quid divinum* d'Hippocrate appliqué aux maladies populaires doit s'entendre de celles dont on ne peut expliquer l'origine, ni par les intempéries des saisons, ni par une autre particularité appréciable, la doctrine des *épidémies spécifiques* date de cette époque reculée. Mais pour d'autres médecins, *divinum* et *cœlum* avaient le même sens aux yeux du Père de la médecine, qui attribuait alors l'origine des épi-

démies à l'état de l'air. Quoi qu'il en soit, il y avait là une pensée à dégager, à exprimer d'une façon explicite.

Si je ne me trompe, ce travail a été fait pour la première fois par un professeur de Montpellier, Charles Leroy[1]. Ce médecin dit qu'il convient de réserver le nom d'*épidémies* pour les maladies étrangères à un pays, insolites, tandis que le mot *saisonnière* doit s'appliquer aux maladies habituelles à une localité, qui sont devenues plus nombreuses ou qui ont été modifiées par une intempérie.

Un autre professeur de la Faculté, Fouquet[2], a repris l'idée de Charles Leroy et s'en est servi pour faire le classement des maladies populaires. S'appuyant sur Fernel, sur Sydenham, qui refusaient à l'air le pouvoir de susciter les maladies, mais se gardant bien de nier les épidémies par intempéries, il pense que l'épidémie vraie, l'épidémie proprement dite, doit être insolite, extraordinaire, et il la rattache à une cause entièrement inconnue. C'est précisément ce que je veux exprimer par le mot *épidémie spécifique*.

Les annales de la science fournissent de tristes et trop fréquents exemples de pareilles maladies. Récemment la grippe, le choléra épidémique, ont dû ouvrir les yeux aux médecins oublieux ou incrédules. Tout le monde sait qu'aucune cause appréciable n'a pu justifier les motifs de leur apparition, de leur disparition. Toutes les investigations (air, sol, eaux, etc.,) ont été sans résultat.

Fouquet disait que l'épidémie vraie était due à une altération de l'air. Il est prudent de ne pas pousser l'affirmation même jusque-là. L'assertion de Fouquet est exacte peut-être, probablement si l'on veut, et les effets à tenter de ce côté doivent être encouragés. Il n'en est pas moins certain que toutes les explications essayées jusqu'à présent (émanations telluriques, *semina* de maladies répandues dans l'atmosphère, ozone, etc.) ne peuvent supporter un sérieux examen. Cette cause est entièrement cachée et ne se révèle que par ses effets. Elle possède tous les caractères de la spécificité : elle est mystérieuse, très-puissante, et ne suscite qu'une seule et même maladie.

La résistance qu'elle oppose à nos moyens prophylactiques

[1] Charles Leroy; *Mémoires sur les maladies aiguës*, 1766.

[2] Fouquet; *Observations sur la constitution des six premiers mois de l'an* v *à Montpellier*, 1798.

n'est que trop démontrée; elle parcourt de grands espaces, tantôt successivement et par mode de voisinage, tantôt en faisant des bonds, en accusant des déviations auxquelles on ne s'attend pas; elle épargne certaines populations, elle s'abat sur telles autres sans qu'on puisse y rien comprendre. On a remarqué que la direction la plus générale de sa propagation est d'Orient en Occident. La maladie à laquelle elle donne lieu se présente partout avec la même symptomatologie; son diagnostic aisé contraste avec les difficultés de la thérapeutique. Ici elle rappelle d'autres maladies avec lesquelles elle offre d'évidentes ressemblances, et ces ressemblances éclairent sur le mode de traitement à employer : telle est la grippe. Là, tout est étrange, inouï, et le traitement est à peu près entièrement à découvrir : dans le choléra, par exemple. Alors, le mot de Sydenham se trouve vrai ; nous sommes nouveaux devant ces maladies, et ce sont les premiers malades qui font les frais de notre éducation thérapeutique.

La maladie épidémique spécifique est d'ordinaire grave, *mali moris*, au plus haut degré. La moins funeste porte toujours avec elle quelque chose de redoutable; l'ensemble paraît fortement atteint au point de vue des forces ; les lésions, les symptômes, sont sérieux; la guérison est difficile, la convalescence pénible.

Elle peut se montrer à l'état d'ébauche, et alors les cas sont bénins. Mais, qu'on ne s'y fie pas entièrement: ce peut être une première étape pour arriver à la maladie complète qui survient plus tard avec tous ses dangers. L'expérience prouve que, malgré les apparences rassurantes, le mal même ainsi réduit est opiniâtre, expose aux rechutes, et laisse le système plus fortement ébranlé qu'on ne pouvait s'y attendre. Dans ces circonstances, il n'y a pas d'indispositions qu'il soit permis de dédaigner. Tout doit être sérieusement traité. La moindre erreur d'hygiène, inoffensive dans d'autres temps, entraîne fréquemment ici des suites déplorables.

Les épidémies spécifiques exercent un grand empire sur les populations. Tout le monde en souffre, en ce sens que les sujets bien portants eux-mêmes éprouvent et présentent quelque chose d'insolite qui de près ou de loin se rattache à la maladie populaire : c'était pour le choléra, on s'en souvient, une infirmité relative des premières voies, exigeant des soins spéciaux. Il résulte de certaines narrations que l'influence morbifique s'est fait sentir sur les animaux de la contrée envahie.

Il est reconnu que, pendant ces époques de calamité, les maladies habituelles ne se montrent plus, pour reparaître quand la cause inconnue a perdu sa puissance. Les rares maladies sporadiques qui parviennent à poindre durant le règne de l'épidémie, sont défigurées par elle, marquées à son empreinte et prennent sa livrée.

Les maladies dont je parle ont donc une nature propre et distincte autant que cela se peut. Les indications tirées des sources ordinaires (fluxions, phlegmasies, spasmes, excitation, suraction, etc.,) ne sont plus qu'accessoires. L'indication première qu'il faut reconnaître empiriquement, et dont il s'agit de trouver empiriquement aussi le remède, est fournie par l'élément épidémique, spécifique. Trop souvent on ne découvre rien, et tout se réduit à la médecine fort insuffisante de la lésion, du symptôme.

Pour quelques-unes de ces épidémies, après maint tâtonnement *à juvantibus et lædentibus*, on a été assez heureux pour rencontrer le spécifique ; à partir de ce moment, les guérisons ont été moins difficiles et sont devenues probables. Ce remède paraît-il en contradiction avec les lésions et les symptômes observés, n'importe ; la thérapeutique rationnelle doit céder le pas à l'empirique. C'est l'adynamie qu'on diagnostique, et il faut des antiphlogistiques; c'est au contraire l'excitation, et il faut des toniques. Ici l'opium, là l'ipécacuanha, agissent efficacement. Pourquoi eux et non autre chose? on ne saurait le dire.

On a considéré les épidémies comme formant chacune une seule maladie comprenant en elle tous les cas individuels. Observée à ce point de vue, l'épidémie a ses prodromes, son invasion tantôt brusque, violente, tantôt progressive et gardant quelque temps des formes doucereuses. Elle a ses périodes d'accroissement, d'état, de déclin, ses temps d'arrêt, ses recrudescences, ses rechutes, ses récidives. Les chances de succès sont différentes, selon l'époque. Au début, au milieu, on ne réussit guère. On est plus heureux ensuite; on guérit beaucoup de malades. Toutefois, que le médecin ne s'enorgueillisse pas; il est plus que jamais l'auxiliaire de la faculté médicatrice, à laquelle l'atténuation du mal rend sa liberté. L'intervention de l'art est plus puissante quand il a trouvé le spécifique, ce qui est rare. Si les triomphes de la fin doivent être modestement interprétés, les défaites du commencement ne sont pas des humiliations. La cause hostile inconnue gouvernait et étreignait si fortement l'organisme, qu'en peu de temps des désordres irré-

parables étaient accomplis dans les principaux rouages de la vie. En présence de cas pareils, la science humaine est désarmée, comme elle l'est devant un grand traumatisme, devant les effets d'un poison violent.

La durée ordinaire d'une épidémie spécifique est de deux, trois mois environ. Il peut arriver qu'après un intervalle plus ou moins long, le mal fasse de nouvelles apparitions plus ou moins cruelles, et même qu'il s'établisse indéfiniment dans le pays, en témoignant de sa présence par des cas isolés ou collectifs qui apparaissent de temps à autre sans ordre apparent ou d'une façon intermittente, prévue. Mais alors, malgré des exceptions observées dans des localités tristement privilégiées, on peut dire qu'il a perdu une grande partie de son intensité, de sa généralité, soit parce que la cause spécifique s'est affaiblie, soit parce que les organismes, grâce à l'assuétude ou autrement, opposent une résistance plus efficace.

Les épidémies spécifiques ont été divisées en *grandes* et *petites* épidémies. La grande épidémie est celle qui est nouvelle et qui atteint de nombreuses populations : telle a été la peste noire du XIVe siècle ; tel s'est montré le choléra parmi nous.

Les petites épidémies sont constituées par des maladies déjà connues, mais qui, à la suite d'une mystérieuse adjonction, se multiplient, voyagent au loin, revêtant le caractère de gravité qui suit toujours l'élément épidémique. Ces maladies parcourent de moindres espaces, sont moins meurtrières par elles-mêmes et surtout parce qu'elles sont plus restreintes. La fièvre d'accès, la fièvre catarrhale, la variole, etc., se montrent parfois ainsi. La gravité particulière qui s'attache à certaines épidémies de suette miliaire, de fièvre jaune, de peste d'Orient, etc.; l'impossibilité où l'on est d'expliquer entièrement, par les causes ordinaires, leur mode de propagation, autorisent à penser que le génie épidémique spécifique ne leur a pas été étranger.

Une épidémie qui a mérité d'être appelée grande lors de sa première apparition, devient une petite épidémie lorsqu'elle revient plus tard avec de moindres proportions. D'après cela, les retours offensifs du choléra observés à peu près chaque année dans certains lieux pendant l'été, seraient de petites épidémies. Dans la pensée de plusieurs médecins, la variole au VIe siècle, la syphilis au XVe, ont fait leur entrée sur la scène pathologique à la façon des

grandes épidémies. Ce caractère s'est effacé depuis; toutefois il peut reparaître de temps à autre. Personne n'en doute pour la variole, tant les faits sont nombreux en ce qui la concerne. Les faits de retour de la syphilis à son épidémicité primitive sont infiniment plus rares et plus controversés. Aux yeux de ceux qui en admettent la réalité, ce seraient des exemples de petites épidémies.

La cause épidémique spécifique, voyageant au loin ou limitée dans un pays, dans quelques localités, agit certainement sur l'ensemble du corps, ainsi qu'en témoignent les conséquences pathologiques. Néanmoins, les observations d'épidémies dans lesquelles toute la force du mal se concentre sur un seul organe, ne sont pas très-rares. Je cite à l'appui les véritables épidémies d'avortement rapportées dans les ouvrages d'acccouchements, dans le recueil des dissertations de Haller, dans les *Actes* de Copenhague, et dont les principales ont été rappelées par Ozanam [1]. Un fait du même ordre est celui des apoplexies observées à Rome et dans presque toute l'Italie depuis 1694 jusqu'à 1706, qui firent périr beaucoup de monde et répandirent au loin la terreur. Lancisi et Baglivi en sont les meilleurs historiens. Je sais qu'on a voulu rattacher ces épidémies à des intempéries atmosphériques. Toutefois, la preuve de cette étiologie me semble insuffisante ; d'une autre part, on a vu des épidémies semblables que, malgré les investigations les plus minutieuses, on ne pouvait expliquer par les vicissitudes de l'air. Aussi, sans nier ce dernier genre d'influence, la possibilité des épidémies spécifiques à effets morbides localisés me paraît-elle devoir être admise jusqu'à plus ample informé.

ARTICLE III. — MALADIES ENDÉMIQUES.

Les causes générales dont je viens de parler agissent fortuitement ou se succèdent l'une à l'autre. Toutes ne sont pas ainsi; il en est de permanentes, qui donnent à chaque localité une physionomie pathologique particulière. De tout temps on a dit, et M. Boudin a heureusement rajeuni et agrandi cette idée, que

[1] Ozanam ; *Histoire médicale générale et particulière des maladies épidémiques*, 2e édit., 1835, tom. IV, pag. 166.

chaque pays avait son règne pathologique comme il a son règne végétal et son règne animal. Malheureusement, pour des raisons faciles à comprendre, les sujets du règne pathologique ne peuvent pas être déterminés et décrits aussi bien que ceux des deux autres.

On dit qu'il y a *endémie* (ἐν dans, δῆμος peuple) lorsque le chiffre des maladies habituelles d'une localité dépasse celui qu'on observe dans les lieux réputés sains.

Les endémies sont fixes comme leurs causes. Ces causes sont représentées par tout agent morbifique capable d'atteindre un grand nombre d'individus parmi ceux qui subissent son influence.

La plus puissante provient d'un climat fortement prononcé. Le climat peut alors être considéré comme une intempérie saisonnière constante. Le climat est constitué par la latitude, par l'altitude, par la configuration du sol, par l'éloignement ou le voisinage de la mer, etc. Il faut également tenir compte des foyers permanents d'infection, des eaux, des aliments défectueux dont la majorité d'une population fait usage, des habitudes de malpropreté, des mauvaises mœurs, etc., etc.

Toutes ces influences donnent naissance à des prédispositions, lesquelles, parvenues à leur maturité, se transforment en maladies. Ces prédispositions se maintiennent, s'augmentent par l'hérédité. Celle-ci devient le fait principal, lorsqu'une maladie diathésique est entretenue dans un grand nombre de familles. A l'égard de certaines maladies, la cause acquiert une puissance assez énergique qui lui permet de se passer de prédisposition. Il suffit parfois, pour contracter l'une ou l'autre de ces maladies, de traverser un pays où la fièvre jaune, la fièvre d'accès, le bouton d'Alep, etc., sont endémiques. La cause se complète alors à la façon des déterminantes les plus actives.

Le plus souvent on peut rapporter une endémie à sa véritable origine. Il en est cependant qu'on a vainement essayé d'expliquer : telles sont la fièvre jaune, le bouton d'Alep. On discute encore les causes de quelques autres : goître, pellagre, etc.

Ces causes extérieures existent cependant; elles sont probablement multiples. Le problème devient alors difficile: telle cause, de soi funeste, peut être neutralisée dans certains lieux par suite de l'opposition que lui font des circonstances favorables. Ailleurs elle exerce au contraire son action malfaisante, parce que celle-ci

est favorisée par d'autres influences auxiliaires. Il se peut aussi qu'une cause vraiment morbifique ne soit pas indispensable et puisse être suppléée par d'autres. Dans ces cas, le problème exige l'appréciation comparative d'un grand nombre de détails, dont le plus faible d'ordinaire devient parfois important par suite d'une combinaison spéciale. Il est possible, par exemple, que le maïs verdéramé, employé habituellement comme aliment, soit une cause puissante de la pellagre, mais une cause qui manque son effet quand d'autres conditions ne viennent pas à son aide. Il est possible aussi que le maïs verdéramé ne soit pas la cause unique de la pellagre. S'obstiner à la poursuite d'une seule cause et ne vouloir qu'elle, c'est s'exposer à se tromper par l'exagération d'un fait qui, mis à sa place, serait pourtant d'une incontestable vérité.

Beaucoup de maladies endémiques sévissent particulièrement sur les classes pauvres, là où les préceptes de l'hygiène sont inconnus ou irréalisables. Il n'y a pas de maladie que l'on puisse rapporter à la misère d'une façon exclusive; la misère n'en a pas moins des effets désastreux. Elle facilite la tâche de la cause déterminante en désarmant les sujets, et elle multiplie ainsi l'énergie de cette cause. Voilà pourquoi la maison du pauvre est largement ouverte à la plupart des maladies populaires. Or, la misère est une cause morbifique que l'on connaît, dont on sait le remède. L'application de ce dernier est difficile sans doute, mais nous devons la poursuivre avec ardeur. Que l'étiologie d'une endémie soit obscure ou manifeste, nous sommes certains de lui faire obstacle en combattant la misère. En invigorant les masses par une bonne hygiène, nous les rendrons capables de résister aux agents dont l'hostilité est inévitable.

« Tout est bien, a dit Rousseau, en sortant des mains de la nature; tout devient mal sous la main de l'homme. » L'hygiène proteste contre cette parole; elle prouve que la plupart de nos maux viennent de la liberté que nous laissons aux forces aveugles du milieu où nous vivons, à nos instincts dits naturels. Nous devons incessamment modifier ce milieu dans ce qu'il a d'excessif, pour l'amener au point où il n'est que bienfaisant, et combattre nos propensions mauvaises pour n'obéir qu'aux suggestions de la raison éclairée. La santé est à ce prix; comme tous les biens durables, il faut savoir la conquérir.

En présence de ce qui reste à faire, il ne nous sied pas de nous

montrer orgueilleux. Cependant, qu'on me permette un rapprochement bien légitime. En 1832, le choléra a fait à Paris 25 000 victimes environ. C'est énorme, j'en conviens; mais en 1348, la même ville, alors bien moins peuplée, perdit 80 000 habitants, quand la peste noire vint la visiter. Ces chiffres sont éloquents et prouvent qu'un grand progrès a été accompli. Marchons donc avec persévérance dans la même voie, et continuons, au nom du Dieu des pauvres, que personne ne renie, notre croisade contre la misère.

Les maladies endémiques règnent constamment; plusieurs (fièvre jaune, fièvre d'accès) apparaissent notablement en plus grand nombre à certaines saisons.

Les pays où règnent des endémies sont malsains, et il en est qui méritent tristement cette épithète dans toute l'étendue de sa signification. La population entière y est chétive et vouée à une vieillesse, à une mort anticipées. Toutefois, dans beaucoup d'autres, la maladie respecte un grand nombre d'individus. Soit efficacité des moyens employés pour éluder la cause, soit assuétude, on résiste à l'influence malfaisante. L'immunité, dit-on, est acquise à ceux qui ont passé soixante ans. Cela peut être vrai, mais seulement en partie. Il est probable que la préservation des vieillards tient aussi à leur vie plus retirée, plus réservée, qui les expose moins, et la preuve, c'est que plus d'un vieillard qui continue les habitudes de son jeune âge, subit les atteintes du mal.

Les bienfaits de l'habitude pour certaines endémies sont incontestables. L'acclimatation n'est pas autre chose. L'immunité de la race nègre à l'endroit de la fièvre jaune est réelle, en ce sens que les sujets de cette race en sont bien moins atteints et moins gravement. Les étrangers, nouveaux débarqués, sont, sans contredit, les plus exposés à contracter la maladie. On prétend que les indigènes seuls contractent la plique polonaise. Ce fait perd de son mystère aux yeux de ceux qui expliquent la maladie par des pratiques spéciales de malpropreté. D'autres causes de maladies endémiques frappent indifféremment les indigènes et les étrangers : bouton d'Alep, fièvres paludéennes, etc.

J'ai pu donner en peu de mots une idée générale de la nature des maladies saisonnières et même des épidémies spécifiques. Cela n'est pas possible pour les maladies endémiques. Celles-ci provenant de causes d'ordre tout à fait variable, doivent différer étran-

gement entre elles. Effectivement, tout peut être endémique quand la cause prend un caractère suffisant de généralisation et d'énergie. Il faut ici renoncer à faire une description commune. Les classifications proposées jusqu'à présent sont géographiques, et reposent par conséquent sur un principe extra-médical. Le mieux est de prendre pour guide M. Boudin, et de chercher avec lui les causes principales des endémies. C'est le seul moyen de connaître fructueusement ces dernières. Alors les tentatives de prophylaxie seront rationnellement et efficacement entreprises.

Je ne puis quitter le sujet des endémies sans parler d'un cas qui se présente quelquefois. Il s'agit des maladies endémiques qui, sans abandonner la localité où elles sévissent d'ordinaire, se répandent au loin et passagèrement sous la forme d'épidémie. Ce fait a été observé pour la fièvre d'accès et quelques autres. Je l'ai signalé dans l'article précédent. Quand ces maladies voyageuses rencontrent dans un pays des circonstances favorables à leur établissement, elles s'y fixent à l'état d'endémies. C'est ainsi que la fièvre jaune apportée dans certaines contrées du littoral américain, dont la température est suffisamment élevée, y est restée depuis en permanence; tandis que dans nos climats moins chauds elle n'a fait que des apparitions passagères. Les endémies chroniques ne paraissent pas susceptibles de s'adjoindre l'élément épidémique, et restent immobilisées dans les lieux où elles prennent naissance.

LIVRE TROISIÈME

LE DIAGNOSTIC ET LE PRONOSTIC

Les mêmes motifs qui justifient l'admission de la *pathologie générale* peuvent être allégués en faveur de la *thérapeutique* de même nom. Il est inutile de les rappeler; ils se résument en ceci que, pour bien comprendre et bien exécuter le traitement d'une maladie, il y a un grand avantage à savoir ce que c'est qu'un traitement.

Dans un système unitaire de médecine, la pathologie doit contenir virtuellement la thérapeutique, de telle façon qu'en passant de l'une à l'autre il soit visible pour le lecteur que, tout en changeant d'horizon, il voyage dans le même pays et suit la même route.

Je subdivise la thérapeutique générale de la façon suivante : j'exposerai en premier lieu les sujets qui sont le lien naturel, nécessaire, entre la pathologie proprement dite et la thérapeutique. Il est clair qu'avant de traiter une maladie il faut la connaître. Je rassemblerai donc les notions éparses dans ce qui précède, de manière à formuler les règles du *diagnostic* et du *pronostic* (diagnose). Ensuite j'étudierai sous le nom de *faculté médicatrice* le pouvoir qu'a le corps vivant de se débarrasser des maladies ou d'en ajourner le dénoûment funeste. J'apprécierai enfin les conditions qui font qu'une maladie donnée est curable ou incurable. Cela étant fait, nous serons en mesure d'aborder les problèmes essentiellement thérapeutiques.

CHAPITRE PREMIER.

DU DIAGNOSTIC.

ARTICLE PREMIER. — DU DIAGNOSTIC EN GÉNÉRAL.

Διάγνωσις avait chez les Grecs une autre signification que γνῶσις. L'addition de la préposition διὰ, à travers, implique un effort pour connaître une chose cachée. Les Latins ont employé exclusivement le mot *diagnosis* pour exprimer la connaissance des maladies, et nous les avons imités. *Diagnostic* est une expression d'origine médicale et appartenant en propre aux médecins.

Le mot diagnostic supposant toujours une interprétation, une difficulté vaincue, n'est pas de mise quand il s'agit d'une constatation aisée. On ne diagnostique pas la couleur rouge ou jaune de la peau, la fréquence du pouls, etc., toutes choses qui tombent sous les sens du premier venu. Ce sont là des données que le médecin élabore avec sa science particulière, afin d'arriver à l'appréciation de leur raison d'être. Bien plus, le diagnostic ne se borne pas simplement à la constatation de ce qui est. Cela suffit parfois en médecine légale; mais le diagnostic vraiment médical est celui qui est établi de manière à ce qu'on puisse en déduire la conduite thérapeutique. Or, quand on pense aux variations que la thérapeutique a éprouvées et éprouve encore selon les doctrines médicales, il est bon de s'entendre d'abord sur ce que doit être le diagnostic.

Dans l'impossibilité où je suis de promener le lecteur partout où le diagnostic s'est égaré, je me contente de signaler les principales causes de ces déviations.

En premier lieu, nous rencontrons le diagnostic de ceux qui sont plutôt de purs savants que des praticiens. Ces médecins considèrent l'étude de l'homme moins comme une source d'instruction professionnelle que comme un moyen de pénétrer les mystères qui le concernent. Ils veulent avant tout trouver le mot de l'énigme de la vie. Ce mot est caché dans les actes morbides comme dans les actes hygides. Toute découverte est précieuse parce qu'elle fait disparaître une obscurité. Qu'apporte-t-elle à

la thérapeutique ? rien encore; mais qu'importe, sûrement on l'utilisera plus tard. L'important n'est-il pas de savoir la vraie cause de la vie, de la maladie ? et quand ce problème, le premier de tous, sera complètement résolu, n'aura-t-on pas la révélation de toute lumière pratique ? La génération actuelle ne profitera pas peut-être du travail qui s'accomplit aujourd'hui, mais on prépare à nos descendants un avenir magnifique. En tout cas, quand il s'agit de perfectionner une science, d'en écarter toutes les notions contestables et parasites, de l'asseoir sur des bases solides, la raison veut qu'on attaque la grosse difficulté ; celle-ci vaincue, le reste ne sera qu'un jeu. Ainsi, les médecins dont je parle comptent bien faire un diagnostic médical plus médical que les autres, en ce sens qu'il prépare l'avènement d'une thérapeutique positive.

Cette manière de considérer et d'étudier la science n'a pas de succès auprès des praticiens. Ceux-ci, plus soucieux des intérêts des malades présents que de ceux des malades futurs, accueillent avec satisfaction tous les faits nouveaux, mais ils réservent leurs préférences pour ceux qui ont une conclusion pratique actuelle. Il est naturel qu'ils suivent les errements traditionnels éprouvés par l'expérience, avant de s'abandonner à une médecine qui renverse l'ancien édifice, tout en convenant que, pour le moment, elle ne peut offrir que les rudiments d'un autre.

Les praticiens remarquent que l'École dont je parle est composée d'habiles anatomistes, de vivisecteurs ingénieux, généralement peu adonnés aux travaux cliniques. Ils s'assurent que les quelques règles thérapeutiques qu'on leur propose sont, ou bien la répétition, la confirmation des règles connues, ou bien des nouveautés qu'en l'état et faute d'une expérience suffisante ils ne sauraient encore accepter. Beaucoup *à priori*, et ces scrupules sont respectables, se méfient d'une science qui au lieu d'avoir pour but immédiat le traitement des maladies, poursuit une idée bien ambitieuse, l'explication de la vie. Ils voient les partisans de cette science soutenir que le corps vivant n'est qu'une machine à ressorts plus subtils et plus compliqués que ceux des machines mortes; dans leur cabinet, et plus encore au lit du malade, ils découvrent de graves objections à cette doctrine. En conséquence, et tout en reconnaissant pour la science en général l'utilité des travaux de ceux qui se vouent exclusivement à la recherche du mécanisme intime des actions vitales, ils ne les acceptent pas comme des guides en clinique.

Je partage ces sentiments et je trouve insuffisants les diagnostics exclusivement fondés sur un détail révélé par le microscope ou par le réactif chimique, diagnostics qu'on a la prétention de substituer aux anciens.

Il est, d'après moi, prudent d'attendre avant de décider que l'anatomie moderne, qui fouille si avant dans les parties les plus ténues des solides et des liquides, tient au bout de son scalpel la cause des lésions morbides. D'ailleurs, tant qu'on ne fournira pas les moyens d'agir sur cette cause, la difficulté pratique restera la même. Je doute qu'on parvienne, en suivant cette voie, à satisfaire complètement les thérapeutistes, car on continue une vieille erreur mille fois combattue et toujours renaissante: c'est l'erreur du diagnostic anatomique. Apprécions la portée de ce diagnostic.

Comme son nom l'indique, le diagnostic *anatomique* fait connaître la lésion matérielle qui, dans l'ordre de causalité, est la première. Quand on dit qu'une maladie est une phlegmasie, un rétrécissement valvulaire du cœur, un ramollissement, etc., on entend par là que le point de départ des faits morbides est cette phlegmasie, ce rétrécissement, etc., et que là, par conséquent, réside la principale indication thérapeutique.

De tout temps il y a eu des médecins qui, considérant la maladie comme un pur mécanisme, ne voyaient dans le problème pathologique que la recherche de la dégradation initiale, de celle qui entraîne toutes les autres. Jusqu'à ces dernières années, cette opinion appartenait à la minorité; depuis, elle a pris plus de consistance, et en ce moment elle est fortement établie. Une pareille diversité de fortune s'explique sans peine.

On sait combien l'anatomie des anciens était défectueuse. Ils avaient le sentiment de leur pauvreté en ce genre, et la pensée d'édifier la médecine sur une science aussi imparfaite ne pouvait être accueillie que par quelques esprits hardis. Il fallait donc se tourner d'un autre côté, et à défaut des lésions, pour la connaissance desquelles le nécessaire leur manquait, ils s'attachaient aux symptômes, dont ils ont compris la signification séméiotique avec une admirable sagacité. Ce qu'ils recherchaient dans l'étude des symptômes, c'étaient des signes annonçant ou révélant les actes médicateurs que la thérapeutique a tant d'intérêt à connaître. Leurs acquisitions en ce sens suppléaient les lacunes de leur anatomie. Ils sont arrivés à des progrès cliniques en rapport avec les

moyens de recherche qui étaient en leur pouvoir, et ces progrès témoignent hautement en faveur de l'utilité de ces moyens.

Quand les temps devinrent favorables, la véritable anatomie prit naissance. Entre les mains des pathologistes, elle ne fut d'abord qu'un moyen de constater les causes de la mort, recherche utile sans doute à la thérapeutique, mais qui l'était bien moins que la recherche antique qui avait pour but spécial de connaître les causes de la guérison. Depuis, le champ de l'anatomie s'est agrandi. Il s'étend maintenant à toutes les parties de la maladie accessibles au scalpel. Le mécanisme organique des maladies, jusque-là à peu près inconnu, s'est éclairé et s'éclaire tous les jours davantage. Les anatomistes, témoins des perfectionnements rapides accomplis par les sciences physico-chimiques, ont pensé que le même procédé d'observation devait suffire à la médecine, et ils n'ont admis en biologie que les faits visibles et tangibles. Le but de la pathologie n'a plus été le même. Jadis on disait : Une maladie étant donnée, en trouver le remède. On dit aujourd'hui : Une maladie étant donnée, en trouver le mécanisme matériel et lui assigner la place qu'elle doit occuper parmi les autres mécanismes du même ordre. La thérapeutique, ainsi reléguée sur le second plan, n'a plus été l'objet principal de l'étude. La partie graphique des maladies a grandi aux dépens de la partie consacrée au traitement. A partir de Bichat et de Pinel, fondateurs de la médecine anatomique moderne, la déviation a été sans cesse en croissant. Dans tous les traités de pathologie publiés depuis quelques années, le chapitre de la thérapeutique a perdu de son importance ; son exiguïté contraste avec l'exubérance de ceux qui sont employés à la description des phénomènes; parfois il constitue un appendice qu'on s'est cru obligé d'ajouter avant de finir, et trop souvent sans liaison logique avec ce qui précède. On a été amené naturellement à penser que le suprême talent du praticien consistait à porter des diagnostics confirmés par l'autopsie cadavérique. La conséquence de ces idées poussées à l'extrême était, ou bien l'expectation quand même, ou bien le numérisme, c'est-à-dire la proscription systématique de toute intervention active de l'art, ou la négation de la thérapeutique rationnelle. Il s'est trouvé des esprits assez logiciens pour adopter ces conclusions, assez intrépides pour les proclamer hautement.

Pourquoi tant de sagacité, tant d'efforts dépensés? pourquoi tant

de découvertes et de si pauvres résultats en médecine professionnelle ? C'est qu'on a surfait la valeur du diagnostic anatomique. Il s'en faut de beaucoup que ce diagnostic suggère toujours le traitement qui convient. Ainsi que je l'ai dit à plusieurs reprises, la lésion de l'organe n'est qu'un effet subordonné à une cause, l'état morbide, lequel est une conclusion raisonnée, logique, une idée qui ne tombe pas sous les sens. Or la même lésion, autant qu'on peut s'y connaître, peut être le produit d'états morbides différents et même opposés. Donc, régler la thérapeutique uniquement selon la forme de la lésion, c'est se vouer à l'erreur. Sans contredit, le diagnostic de la lésion est indispensable quand cette lésion constitue le fait principal ; il est d'un grand secours pour le diagnostic de l'état morbide. Mais dans ce dernier cas, le diagnostic de la lésion d'organe sert à monter plus haut. Sans aucun doute, nous devons de la reconnaissance à ceux qui ont perfectionné ce diagnostic ; ce n'est pas pourtant une raison pour les suivre dans les exagérations qui ont amené l'amoindrissement thérapeutique dont je parlais tout à l'heure. Si véritablement le progrès anatomique ne pouvait se faire qu'au préjudice de la thérapeutique, on se prendrait à regretter le temps où l'on était obligé de diagnostiquer les maladies sans le secours de l'anatomie. Exploité par des adversaires systématiques, le fait suivant, pris au hasard parmi tant d'autres, donnerait une apparence de raison à ces regrets.

Jusqu'à Bichat et Pinel, le mot *pleurésie* a signifié une collection de symptômes spéciaux pouvant se rattacher à des états morbides fort différents. Quant à la lésion intermédiaire entre les états morbides et les symptômes, et cause immédiate de ces derniers, on s'en faisait une idée complètement inexacte. Il fallait donc se passer, pour le diagnostic de la maladie, de tout secours venant du diagnostic anatomique; et cependant on utilisait si bien les autres signes que, tout en se trompant sur la lésion *pleurésie*, on parvenait à un diagnostic qui suggérait le meilleur traitement. Sarcone errait étrangement comme anatomo-pathologiste lorsqu'il disait de certains cas qu'il avait sous les yeux, que la *pleurésie* était la lésion des parties sensibles du poumon (nerfs, bronches), tandis que la *pneumonie* était la lésion de la substance de cet organe. Il était dans le vrai comme praticien, en attribuant à ces pleurésies une nature nerveuse, d'après la prédominance de la douleur, d'après les autres signes et surtout d'après les succès de l'opium. Lorsque

plus tard on reconnut que la pleurésie était la phlegmasie d'une membrane inconnue jusque-là et qu'on a appelée plèvre, on fut en avance de Sarcone au point de vue du mécanisme de la maladie, au point de vue graphique; mais ceux qui tirèrent de la découverte anatomo-pathologique la conclusion que la pleurésie, étant une phlegmasie, devait toujours être traitée par les évacuations sanguines, rétrogradèrent pratiquement bien plus qu'ils n'avaient progressé. Sarcone avait raison au lit du malade; les autres prenaient leur revanche à l'amphithéâtre. A chacun son avantage; mais, pour mon compte, si j'étais forcé de choisir, je préférerais, sans hésiter, celui de Sarcone.

Incontestablement la supériorité sur tous les deux appartient au médecin qui, possédant la vraie notion du mécanisme de la pleurésie et l'art nouveau d'en diagnostiquer toutes les formes, saura, aussi habilement que Sarcone, apprécier les autres signes et arriver, grâce à tous ces secours, à la connaissance de l'état morbide qui, dans tel cas donné, gouverne la maladie.

Non-seulement la pleurésie peut être nerveuse, mais elle peut également être bilieuse, inflammatoire, catarrhale, intermittente, typhoïde, etc. C'est là que se trouve, au début surtout, le fait majeur initial qui, réuni au fait pleurésie, fournit le vrai diagnostic, le diagnostic thérapeutique.

Il ne suffit donc pas de connaître l'organe lésé et le mode de la lésion; cela n'est souvent qu'un commencement de travail diagnostique, une première étape d'où l'on arrive, en s'élevant plus haut, à l'état morbide. Alors le praticien est en mesure de traiter la maladie, sinon de la guérir, et la justesse de la sentence hippocratique est vérifiée : *Quid sufficit ad cognoscendum sufficit etiam ad curandum.*

Le diagnostic de la lésion n'en fait qu'un avec celui de l'état morbide, lorsque la lésion est l'acte morbide d'où les autres dépendent. Le diagnostic d'une plaie, celui d'une fracture, celui d'une luxation, simples, sont complets lorsqu'on est parvenu à découvrir toutes les circonstances anatomiques afférentes à ces lésions.

L'état morbide est-il distinct de la lésion et le sujet d'indications différentes, la lésion, toute subordonnée qu'elle est, indique toujours. Si, ce qui n'est pas rare, c'est d'elle que vient le péril le plus grand, les indications qu'elle fournit sont, tant que ce péril dure, les plus

importantes. Il en est de même quand, l'état morbide étant incurable, il n'y a point de chances thérapeutiques de ce côté. Enfin, la lésion étant le produit de l'état morbide, en porte plus ou moins la marque, et sa connaissance est une donnée précieuse pour arriver à l'autre diagnostic. La lésion est donc une partie considérable de la maladie. Tout progrès en ce genre est un bienfait pratique, et ce sera, aux yeux de la postérité, l'honneur de notre époque d'avoir si fort avancé l'anatomie des maladies et d'avoir trouvé d'excellents procédés pour constater les lésions d'organe et en suivre les phases diverses.

Les anciens étaient obligés de sauter des symptômes à l'état morbide, ou bien de se servir, comme trait d'union, d'une anatomie pathologique trop souvent imaginée et toujours très-imparfaite. Grâce aux travaux modernes, l'intermédiaire est infiniment mieux connu, et l'on peut suivre avec plus d'assurance et de fruit que jamais la filière logique commandée par l'ordre naturel des choses: symptômes, lésions d'organe, état morbide. Je dois par conséquent insister sur ce genre de diagnostic et parler du siége et de la forme des maladies.

ARTICLE II. — DU SIÉGE DES MALADIES CONSIDÉRÉ COMME MOYEN DE DIAGNOSTIC.

Avant de chercher ce qu'apporte la notion du siége dans le diagnostic, il importe de savoir l'idée qu'il convient d'attacher au mot *siége* d'une maladie.

Selon la pensée commune, le *siége* d'une chose est l'espace occupé par cette chose, c'est le lieu où elle se trouve. Le siége comprend donc deux éléments à déterminer : un contenu et un contenant. Cette détermination est facile quand il s'agit d'un corps matériel. Mais on ne peut dire de la maladie qu'elle est un corps matériel. La maladie est essentiellement la modalité d'une force qui, abstraction faite de son instrument, est invisible, intangible, à laquelle par conséquent on ne peut donner aucune figure. Comment déterminer les limites d'un objet de ce genre? comment le placer dans un contenant quelconque?

Et cependant, le mot siége s'est tout d'abord introduit dans le langage de la pathologie et y a légitimement pris droit de cité. C'est que la force vitale ne peut être conçue agissante en dehors

du corps aux actions duquel elle préside ; c'est que, dans la réalité des choses, elle est inséparable de ce corps, son instrument nécessaire, lequel exécute des phénomènes tombant sous les sens et occupant un lieu.

Toute maladie manifestée a donc un siége, puisque effectivement ou virtuellement elle est constituée par des lésions d'organe et par des symptômes.

En définitive, la maladie considérée en tant que produit, expression sensible d'une force, a des parties déterminables, et elle n'en a pas si elle est considérée dans sa cause génératrice. Nous retrouvons partout cette difficulté, cette contradiction si l'on veut, qui a perdu depuis longtemps le droit de nous étonner. Le mot siége n'a pas davantage de sens lorsque nous l'appliquons à la force physico-chimique, car il est pareillement impossible de donner à celle-ci une forme matérielle, une figure. La question : quel est le siége de la gravitation? n'a pas, à mon sens, de réponse possible; mais je puis très-bien constater le siége des phénomènes de la gravitation.

Ce dernier point a une importance extrême pour les physiciens et pour les chimistes, car ils trouvent dans les faits sensibles tout ce qui est nécessaire à la pratique et aux progrès de leur science. Beaucoup de médecins pensent qu'il en est de même pour eux. D'après cette opinion, la physiologie obéirait aux lois de la matière brute. C'est encore un mécanisme à découvrir, et tout doit s'expliquer par le jeu d'une série de rouages. La maladie est l'altération d'un ou de plusieurs de ces rouages. Dans une pareille hypothèse, il faut avant tout déterminer le siége, la forme.

Ici des difficultés se présentent. Certainement toute maladie en acte implique un jeu organique spécial, et par conséquent un mécanisme. Mais ce mécanisme tient-il la même place qu'en physico-chimie, et peut-on en déduire des connaissances pratiques aussi certaines? en d'autres termes, étant accordé que l'on possède tout ce qui, dans une maladie, est susceptible de tomber sous les sens, peut-on ramener l'organisme à son état normal de la même manière et avec la même assurance qu'on le fait pour une montre, pour une machine à vapeur etc. ? Rien, dans la science acquise, n'autorise à penser qu'il en est ainsi. Tout, au contraire, témoigne en un sens différent. Dans le monde brut, le mal dépend de l'imperfection du rouage, et jamais de l'imperfection de la force. Il n'y a aucune in-

dication à remplir du côté de cette dernière, parce qu'on est assuré que son action ne peut pas être viciée et qu'on trouve toujours cette action parfaitement en mesure de faire ce qu'on en attend. En pathologie, les conditions sont tout autres. La force vitale, provoquée ou non provoquée, abandonne ses errements hygides, est susceptible de viciation, et devient ainsi par elle-même le sujet d'une indication thérapeutique. L'altération de l'organe dépend fréquemment de l'altération de la force; fréquemment aussi l'altération d'un organe ayant une autre provenance, ne guérit pas parce que la force vitale manque des aptitudes nécessaires. La maladie n'est donc pas constituée uniquement par l'altération de l'organe, et il y a lieu de se demander dans quelle situation, hygide ou morbide, se trouve la force; question qui ne peut jamais se présenter à l'esprit des chimistes et des physiciens.

Je sais qu'une École entière et considérable soutient que si le mécanisme organique de la maladie ne suffit pas au thérapeutiste, c'est que ce mécanisme n'est pas encore découvert. Avant la constitution de l'anatomie, dit-on, cette recherche était impossible, et pendant longtemps la pathologie a travaillé en dehors de sa voie. Aujourd'hui, grâce aux ressources modernes, l'organisme est fouillé dans ses parties les plus intimes, et l'on a la certitude de trouver les secrets ressorts du jeu morbide, de telle sorte que le moment n'est pas éloigné où l'identité du problème anatomique et du problème pathologique sera visible à tous les yeux.

En supposant ces espérances fondées, la sagesse voudrait qu'on attendît l'événement avant de substituer à l'ancienne thérapeutique, qui a fait ses preuves, une thérapeutique encore dans l'enfance.

Mais cette conduite doit être jugée au plus haut degré imprudente par ceux qui pensent que, quoi qu'on fasse, le mécanisme des maladies présentera des lacunes telles, qu'il sera toujours interdit de l'assimiler entièrement aux mécanismes bruts. Dans ces derniers, tout se traduit en phénomènes sensibles, la chaîne des causes et des effets est continue, l'observateur en saisit tous les anneaux et constate la nécessité constante de telle série pour obtenir tel résultat.

En physiologie, plusieurs chaînons nous échappent, même dans les maladies dont le mécanisme est le mieux connu. De la présence de la même cause matérielle, nous ne pouvons pas conclure

absolument à la production du même effet, de sorte que les prévisions qui paraissent les plus probables peuvent être trompées. La sensibilité vitale perçoit des stimulus qui ne se voient pas, ne se touchent pas. Et ces stimulus exercent pourtant une énorme influence. Il suit de là que des causes d'une grande importance ne sont saisissables que par leurs conséquences; d'où la nécessité d'une interprétation qui, selon les lumières de l'observateur, amène des inductions différentes, des désaccords, impossibles en physico-chimie, parce qu'en physico-chimie le travail interprétatif est relativement facile, s'impose à tous les esprits, surmonte toute résistance et conduit forcément aux mêmes conclusions.

En médecine, après la constatation des faits sensibles, un autre labeur commence, exigeant une sagacité, une intelligence spécialement exercées. Un praticien plus habile en ce dernier genre pourra parvenir à la vérité, bien que les données anatomiques sur lesquelles il s'appuie soient incomplètes. Un moins sagace possédera toutes ces données, mais les interprétera mal et en tirera une conclusion fausse. La nécessité, les difficultés d'un bon raisonnement inductif, sont donc plus grandes pour le médecin que pour le physicien et pour le chimiste. Il n'en serait pas ainsi si, chez nous, la science des mécanismes tenait la même place, avait la même importance.

Vient maintenant la question de savoir jusqu'à quel point on peut concevoir l'espérance de connaître les mécanismes morbides. Avons-nous ici les mêmes chances que lorsqu'il s'agit des mécanismes bruts? on convient qu'ils sont plus compliqués, moins accessibles; mais, ajoute-t-on, un travail obstiné des sens perfectionnés doit en venir à bout; ce n'est qu'une affaire de temps, et l'on trouvera, en remontant la chaîne des mouvements, le ressort caché qui a donné l'impulsion première. Sans doute, il existe un moteur de ce genre, mais quel est-il? Les premières recherches anatomiques ont montré des organes agissants. Restait à découvrir les parties de ces organes qui mettent les autres en mouvement. On pouvait supposer qu'un pareil rôle appartient aux éléments composants que l'histologie a fait connaître, à ces organismes microscopiques qui sont pour les corps organisés ce que les molécules sont pour les corps bruts. Le champ de la recherche a donc été transporté dans les infiniment petits; ce sont des mécanismes corpusculaires qu'il faut suivre de l'œil. Les chimistes

n'ont jamais vu leurs atomes, dont ils ne savent le jeu que par induction ; jeu fort simple d'ailleurs, car il se réduit à des attractions et à des répulsions. Plus heureux qu'eux, nous connaîtrions directement les éléments actifs du corps vivant, et nous pourrions décomposer et recomposer ce dernier à l'aide d'une analyse et d'une synthèse portées au plus haut degré de puissance.

Une pareille manière de voir suggère plusieurs objections.

Et d'abord, il y a lieu de demander si ces cellules ont par elles-mêmes la capacité du mouvement spontané, ou bien si cette capacité leur est communiquée. Dans la première hypothèse, il ne suffit pas de dire que les cellules sont les premiers moteurs. L'esprit n'est pas satisfait, car ces cellules sont des organismes composés, ayant eux aussi des parties parmi lesquelles se trouve celle qui est essentiellement motrice. La difficulté n'est donc que reculée. Cette hypothèse implique encore que la matière du corps n'est pas la matière essentiellement inerte que nous connaissons, mais une matière à part, une matière vivante, et alors les règles qui servent à l'étude des mécanismes physiques et chimiques ne sont pas applicables. Elles le sont bien moins encore dans l'hypothèse où ces cellules subissent le mouvement; car alors le moteur est en dehors d'elles, est invisible, ne peut être saisi ; ce moteur produit des actes bien différents de ceux de l'ordre brut : prolifération, douleur, par exemple, qui ne sont jamais nécessaires, ni mécaniquement calculables.

Par malheur, et l'on pouvait s'y attendre, l'accord est loin d'être complet parmi les histologistes. Les mécanismes microscopiques ne sont pas vus de la même manière par tous les observateurs. Les systèmes se succèdent l'un à l'autre et partagent les hommes les plus compétents.

En l'état, et malgré la puissance de nos instruments d'investigation, connaissons-nous la structure d'un organe quelconque et son mécanisme à la façon de la structure et du mécanisme d'une montre, par exemple? Personne n'oserait le dire, et les plus sages n'hésitent pas au contraire à affirmer que le pouvoir de l'anatomie ne saurait s'étendre au delà de certaines limites. Écoutons Laënnec [1].

« La structure intime de tous les organes est à peu près aussi insaisissable pour nos yeux et pour nos instruments d'investigation

[1] Laënnec; *Traité de l'auscultation médiate*, tom. I, pag. 280.

que celle du poumon, et par conséquent rien n'est certain en anatomie pathologique au-delà des lésions tranchées. Si l'on s'écarte de cette règle, si l'on cherche les causes des maladies graves dans les altérations microscopiques des organes, il est impossible de ne pas tomber dans des conséquences absurdes, et l'anatomie pathologique, ainsi que celle de l'homme sain, cultivées de cette manière, perdraient bientôt le rang qu'elles occupent parmi les sciences physiques, pour se changer en un vaste champ d'hypothèses fondées sur des illusions d'optique et des spéculations sans utilité réelle pour la médecine. »

Ces illusions d'optique, ces spéculations vides, ne sont que trop fréquentes en anatomie micrographique. Cette science est loin d'être fixée. Il est interdit, pour le moment, d'élever exclusivement sur une aussi frêle base l'édifice de la pathologie. Toutefois la recherche du mécanisme intime des maladies, si l'on renonce à trouver le premier moteur au bout du scalpel et si elle est faite avec les précautions nécessaires pour se tenir à l'abri de l'erreur, cette recherche, dis-je, augmente le nombre des données anatomiques et perfectionne d'autant le diagnostic de ce nom.

Les maladies en acte impliquent des instruments qui les exécutent et ont par conséquent un siége. Instrument de la maladie, siége de la maladie, expriment une même idée. Seulement, comme une maladie présente souvent plusieurs actes morbides, c'est dans le plus important qu'on place le siége. Quel est le plus important? C'est celui qui fournit une indication thérapeutique primant celles qui viennent des autres actes, soit parce qu'il est le premier dans l'ordre de causation, soit parce qu'il entraîne avec lui les conséquences les plus graves. Et, par exemple, dans une hydropisie dépendant d'une lésion organique du cœur, celle-ci sera considérée thérapeutiquement comme le siége de la maladie plutôt que le lieu de la collection séreuse. Une pneumonie, une encéphalite survenant dans le cours d'une pyrexie, seront de même, tant qu'elles mettront la vie du sujet en péril, le siége principal de la maladie. On n'en dira pas autant d'un acte morbide qui ne remplirait ni l'une ni l'autre des conditions dont je viens de parler (phlegmon peu étendu, hémorrhagie médiocre, etc., etc.).

On le voit, le siége matériel d'une maladie est partout où s'exécute un acte morbide, mais il faut faire un choix, et ce choix tombe sur l'acte qui, en l'état, intéresse le plus la thérapeutique. Pour éta-

blir le diagnostic du siége, il faut donc connaître tous les actes morbides, les rapports de ces actes morbides entre eux et les conséquences de chacun d'eux pour le sujet. Les actes morbides peuvent être ajoutés à la maladie par voie de sympathie, de complication; ils sont le produit de la maladie poursuivant sa marche ascendante. Toutes ces appréciations font partie du diagnostic. Les actes morbides étant susceptibles de s'étendre, de se multiplier, de se raréfier, on doit en dire autant du siége. La même maladie peut donc avoir des siéges différents pendant son évolution. Le fait le plus remarquable en ce genre est celui de la métastase.

J'ai dit que tout acte morbide supposait une lésion d'organe; mais je n'ai pas dit que toute lésion fût susceptible de tomber sous les sens. Il y a des lésions que j'ai appelées dynamiques, parce que, autant que nous pouvons en juger, la partie qui en est le siége est restée dans son état normal. C'est ce qu'on observe fréquemment dans les spasmes, les névralgies, les paralysies. Grâce aux travaux anatomiques modernes, on a découvert dans l'organe même ou bien dans les centres nerveux qui l'animent, la cause matérielle de plusieurs de ces actes morbides. Mais beaucoup encore conservent le secret de leur mécanisme. Il est permis d'espérer que ce secret sera un jour dévoilé. J'ai montré plus haut que la connaissance du mécanisme ne donnait pas celle de la maladie entière. Il y aura donc toujours à compter avec la cause qui a mis ce mécanisme en jeu, avec l'état morbide. Or l'état morbide, modification de l'agent invisible de la vie, est une idée purement logique, à laquelle on ne peut donner une forme matérielle, ni par conséquent un siége. Toutefois on admet des maladies locales et des maladies générales, et cette distinction est fondée à la condition qu'on la comprendra bien. J'ai besoin de m'expliquer là-dessus.

Dans les Écoles médicales où l'on part du principe que chaque partie composant le corps tire son activité d'elle-même, des propriétés physiques ou supra-physiques dont elle est douée, les opérations vitales, les maladies, sont toutes primitivement locales; l'opération vitale, la maladie, ne sont dites générales que lorsque, de proche en proche, le jeu des autres organes est altéré par suite de la lésion première. Dans ce système, les choses se passent comme dans une machine où le mouvement de l'ensemble dépend de celui des parties.

Nous l'avons vu, une semblable doctrine est inadmissible. Les

faits et le raisonnement veulent que, dans beaucoup de cas, l'impulsion première soit donnée par l'ensemble. L'action des parties est un effet, lequel peut à son tour devenir cause et réagir sur l'ensemble.

Aucune opération vitale ne se produit sans l'impulsion de l'ensemble ; les phénomènes vitaux d'une plaie, d'une fracture, d'un simple bouton sur la peau, ne sont possibles qu'à la condition que les parties qui les exécutent reçoivent leur pouvoir de l'ensemble. Il en est de même en physiologie hygide, où aucune fonction n'est absolument locale. C'est l'ensemble qui donne au nerf, à l'estomac, etc., les pouvoirs nécessaires à ces organes pour accomplir leurs fonctions. A ce point de vue, il n'existerait point de maladies locales. Cependant beaucoup de maladies peuvent et doivent être appelées ainsi.

En effet, bien que toute maladie, comme tout acte vital, soit inconcevable sans la participation de l'ensemble, une maladie est légitimement locale lorsqu'un organe ou une partie d'organe sont seuls atteints, le reste de l'organisme ne présentant aucun signe de viciation, et par conséquent ne suggérant aucune indication. C'est donc au nom de la thérapeutique, pour les besoins de la thérapeutique, qu'il faut admettre des maladies locales. Dans ces maladies, la lésion de la partie comprend tout ; l'état morbide, cause des phénomènes, est exactement représenté par elle, et doit pratiquement être considéré comme étant local, bien qu'il soit impossible de comprendre comment la modification d'une force puisse se trouver quelque part.

La maladie locale devient générale lorsque la lésion altère une fonction nécessaire à l'ensemble, ou bien lorsque celui-ci est provoqué sympathiquement. Tant que la viciation de l'ensemble est subordonnée à la lésion, la maladie peut être considérée comme locale, en ce sens que l'indication tirée du local prime les autres.

La maladie est décidément générale si la viciation de l'ensemble, quoique primitivement provoquée par la lésion, rompt ses liens de dépendance et existe par elle-même. Évidemment alors, cette viciation de l'ensemble fournit l'indication principale.

La maladie est encore incontestablement générale, quand la viciation de l'ensemble a été la première en date et a donné lieu aux lésions locales.

Voilà comment il faut entendre les maladies à *siége local* et les maladies à *siége général*. Ainsi, une plaie simple à la suite de laquelle les actes morbides n'existent que dans le lieu de la solution de continuité, est une maladie locale. Cette plaie provoque-t-elle des actes morbides dans l'ensemble, la fièvre, par exemple, la maladie est générale ; mais les actes morbides généraux sont consécutifs et dépendent de la maladie locale. La maladie mérite encore mieux d'être appelée générale, si la fièvre, quoique suscitée par la plaie, de sympathique qu'elle était d'abord, devient idiopathique et veut être traitée pour elle-même. Certaines maladies sont primitivement générales : telles sont une variole, une affection diathésique; et enfin il est des maladies, générales d'abord, qui se localisent ensuite.

N'oublions pas que dans toute maladie générale en acte, se rencontrent des scènes locales, et que l'important est d'établir les vrais rapports de causalité existant entre les scènes locales et l'ensemble. Je renvoie le lecteur à ce que j'ai dit plus haut sur l'idiopathisme, le symptomatisme, le sympathisme.

L'importance de la notion du siége saute aux yeux. Tout le reste étant égal, le siége fait évidemment la gravité ou la bénignité d'une maladie. Savoir si celle-ci est locale ou générale, est d'une haute valeur pour le diagnostic thérapeutique. Personne n'ignore combien les maladies diffèrent selon que leurs actes s'exécutent dans telle ou telle partie. Il est inutile de citer des exemples.

L'importance du siége est mesurée par celle de la fonction empêchée, par le degré de l'empêchement, par les sympathies provoquées. Une pneumonie, une encéphalite, sont dangereuses parce qu'un organe à fonction nécessaire est altéré. Le péril d'une péritonite vient moins de l'organe atteint que des condoléances de voisinage.

La part du siége est grande sans doute, mais ne l'exagérons pas. Le siége n'est qu'une partie de la forme. Tout étant égal, c'est le fond morbide qui l'emporte comme indication. Si nous connaissions toujours ce fond morbide, si nous possédions des moyens prompts et efficaces pour le combattre, la notion du siége serait superflue. L'indication tirée du fond est toujours présente et prépondérante. Des maladies à siéges divers peuvent représenter, en somme, une même maladie, exigeant même thérapeutique. C'est

ce qu'on ne doit jamais oublier pour les affections, surtout en temps d'épidémie.

La phrase trop fameuse de Bichat : Qu'est l'observation, si l'on ignore le siége du mal ? est donc malheureuse. Ignorer le siége du mal est fâcheux dans beaucoup de cas; mais ignorer sa nature est encore pire. Bichat écrivait en ce moment pour les chirurgiens. En chirurgie, en effet, siége et nature se confondent souvent. Là, les particularités du siége sont indispensables au diagnostic, à la pratique des opérations.

On a voulu distinguer les maladies selon qu'elles sont localisées dans les solides ou dans les liquides. Malgré les lumières apportées par l'humorisme et par le solidisme modernes, cette dichotomie nosologique me paraît impossible. Dans quelques cas extrêmes, nous avons lieu de croire que les liquides sont fortement lésés (chlorose, maladies putrides, empoisonnements par des substances septiques, etc.). D'un autre côté, les solides semblent plutôt altérés, au moins au début, dans une névrose pure, dans un traumatisme. Mais connaît-on assez le mécanisme intime des maladies pour affirmer que là le premier fait morbide s'accomplit dans les liquides, là dans les solides ? Naguère l'humorisme ressuscitait appuyé sur la chimie organique, et semblait devoir tout envahir. Maintenant, sous l'influence des vivisections, les idées favorables à la prééminence des centres nerveux et des nerfs prennent un empire de plus en plus grand.

De bonne foi, n'accorde-t-on pas trop d'importance à la distinction de nos parties en fluides et en solides, à un fait de pure forme ? N'y a-t-il pas inévitablement des parties solides dans tout fluide vivant, des parties fluides dans tout solide ? N'est-ce pas à cette double qualité que ce qu'on appelle fluide, solide, doit le pouvoir de servir d'instrument à la vie ? et, s'il en est ainsi, comment faire le départ de ce qui appartient à l'une ou à l'autre de ces qualités? La vérité est que, pour nous, il n'y a aucune maladie qui puisse être absolument attribuée à la lésion des solides, à la lésion des liquides, et qu'il se rencontre seulement des maladies dans lesquelles les liquides ou les solides sont particulièrement altérés.

Toute division établie d'après des données puisées dans les régions encore hypothétiques de l'anatomie, laisse à désirer du côté de la preuve; j'aime mieux me confier aux faits observables, certains, et admettre des maladies exécutées par les organes consi-

dérés en tant que sensibles et mobiles, et par les organes considérés comme instruments de la chimie vivante; nous avons alors, d'un côté des maladies de la sensibilté et du mouvement, de l'autre des maladies de la plasticité.

ARTICLE III. — DE LA FORME DE LA MALADIE CONSIDÉRÉE COMME MOYEN DE DIAGNOSTIC.

La *forme* étant la collection des phénomènes par lesquels une maladie se manifeste, le siége, en tant qu'il représente le lieu de ces phénomènes, doit en faire partie. C'est donc un même sujet que je continue à traiter. La forme proprement dite comprend les lésions anatomiques, les symptômes et leur mode d'évolution. J'en ai dit assez pour qu'on puisse apprécier la valeur de ces particularités. Les qualités sensibles d'une maladie ne sont pas pour elle une étiquette aussi sûre que les propriétés le sont pour les corps. La maladie n'est pas un corps, et ses phénomènes peuvent tromper.

Les formes que la même espèce morbide est susceptible de revêtir varient beaucoup; quelques-unes sont décevantes[1]; il faut alors s'adresser à d'autres signes pour arriver au diagnostic. Ainsi, on s'en souvient, il y a des fièvres intermittentes sans intermittence, des varioles sans pustule, des pleurésies sans douleur, etc. Tant que la science ne connaîtra que la forme de certaines altérations, le médecin rencontrera peut-être des occasions d'exercer sa sagacité et de triompher à l'autopsie; mais le malade n'y gagnera pas grand'chose. Combien de lésions d'organe, parfaitement connues en elles-mêmes, sont incurables parce qu'on ignore l'état morbide auquel il faut les rattacher !

La forme est pourtant d'un grand secours pour le diagnostic thérapeutique. La forme a bien plus d'importance et est autrement caractéristique dans les corps organisés que dans les minéraux. Chaque espèce morbide a sa forme habituelle. C'est le vêtement qu'elle revêt dans la majorité des cas. Sans doute, il convient de penser aux exceptions possibles et d'appliquer le proverbe : l'habit ne fait pas le moine. Toutefois les gens qui, sans être moines, en prennent la robe, ne pullulent pas, et quand je rencontre un pareil habit, il y a beaucoup de chances pour qu'un vrai moine

[1] Voir le chapitre : *Irrégularités de l'acte morbide.*

se trouve dessous. De même pour les maladies. Certes la pustule variolique peut exister sans variole, un ulcère peut présenter toutes les apparences syphilitiques sans avoir une origine syphilitique, etc. Mais peu de praticiens ont vu de ces raretés, et l'on est autorisé à accorder confiance à de pareilles formes.

En second lieu, c'est déjà beaucoup que de connaître la lésion. Celle-ci a ses indications propres, qui peuvent, je l'ai souvent dit, mériter le premier rang.

La marche, la durée, le type, sont journellement utilisés pour parvenir à la notion de la nature morbide.

Enfin, l'arrêt de développement de la maladie, l'absence des symptômes habituels, la larvation, les métastases, sont des signes diagnostiques qui indiquent une complication, ou l'adynamie, ou l'ataxie. Ainsi, une pneumonie sans crachats sanglants, sans toux, sans dyspnée, sans douleur, est une maladie dont on doit se méfier, et qu'il ne faut pas traiter comme une pneumonie ordinaire.

Il est donc très-utile de connaître la forme des maladies, et tous les procédés mis en usage pour la mieux apprécier (stéthoscope, percussion, ophthalmoscope, etc.) doivent être assidûment employés. Il n'entre dans l'esprit de personne d'en diminuer l'importance, tandis que les exagérations de certains sont visiblement compromettantes. Les vitalistes font avec les organiciens la première étape du diagnostic, et ils vont plus loin encore. C'est un avantage évident qu'ils ont sur ceux qui s'arrêtent en route.

ARTICLE IV. — SECOURS FOURNIS A L'ÉTABLISSEMENT DU DIAGNOSTIC PAR LA PHYSIOLOGIE EXPÉRIMENTALE.

La génération médicale actuelle se montre favorable aux travaux de physiologie expérimentale. Beaucoup sont convaincus que c'est par cette voie qu'on atteindra la vraie solution de tous les problèmes morbides. Je ne partage pas cette conviction; je n'en reconnais pas moins l'utilité de semblables recherches, et il me paraît bon d'apprécier leur valeur et leur portée.

La physiologie expérimentale provoque artificiellement des actes morbides ; elle augmente par conséquent le domaine de l'observation ; elle règle les causes, les conditions ; lorsqu'elle opère sur

des animaux, elle sacrifie le sujet et se donne ainsi, à volonté, tous les avantages de l'autopsie cadavérique. Les faits qu'elle produit sont d'une étude relativement facile, et la lumière qu'on en tire est susceptible d'éclairer les faits naturels. La physiologie expérimentale est un moyen de connaître le mécanisme des fonctions hygides. A tous ces titres, elle intéresse le pathologiste.

La physiologie expérimentale s'exerce sur l'homme, sur les animaux. Les expériences sur l'homme sont sans contredit les plus probantes, les plus instructives; mais le chiffre de celles qu'on peut se permettre est restreint. A défaut de l'homme, on se sert des animaux.

Quelles sont les maladies que l'on pourrait provoquer chez l'homme, si la liberté de l'expérimentation était entière? Ce sont les maladies traumatiques, les empoisonnements, les maladies à virus inoculable, et, avec bien moins de chances de succès, les maladies miasmatiques, effluviennes. Les autres maladies ne sont pas provocables à volonté, et c'est le plus grand nombre. Le champ de ce genre d'investigation est donc très-limité; car, si la maladie doit être grave, il faut s'abstenir. En somme, la physiologie expérimentale, tant qu'elle s'est proposé pour but la reproduction des maladies sur l'homme, a été peu fructueuse. Elle nous a appris, ce dont nous nous doutions, que la rougeole, la scarlatine, la fièvre jaune, le choléra épidémique, la peste, ne sont pas inoculables à volonté; et quant aux maladies inoculables, elle a confirmé ce que disent les faits naturels.

L'essai des médicaments sur l'homme sain est une autre manière d'expérimenter ayant pour objet l'étude des phénomènes d'impressionnabilité, de réactivité, provoqués par ces agents. Nous verrons, quand il sera question des agents pharmacologiques, qu'on rencontre, dans cet ordre de recherches, des obstacles semblables à ceux dont je viens de parler, et qu'en définitive ce genre d'expérimentation fournit simplement des documents que la clinique doit confirmer et compléter.

En résumé, la physiologie expérimentale humaine est très-bornée.

On s'est adressé aux animaux. Ici, les intérêts de la science permettent de tout faire, de pousser les expériences jusqu'au bout. Mais un grave inconvénient se présente : c'est la différence qui sépare, au point de vue physiologique, les animaux et l'homme.

Cette différence, déjà très-accentuée dans les animaux les plus voisins, augmente à mesure qu'on descend l'échelle zoologique. Le choix, il s'en faut, n'est pas toujours possible, et l'on se sert généralement de chiens, de chats, de lapins, de grenouilles, etc. La majorité des maladies affectives n'est pas réalisable chez les animaux; et ce sont cependant celles qu'on observe le plus communément : affections catarrhale, bilieuse, intermittente, cancéreuse, etc. Les affections morbides propres à l'homme (rage, tuberculose, variole, vaccine, rhumatisme, etc.), dont on trouve l'analogue chez les animaux, sont en petit nombre et on ne les provoque pas toutes à volonté. Il suit de là que la physiologie expérimentale n'est qu'exceptionnellement de mise en pathologie affective.

Restent les maladies réactives, subactives, dont le sort est attaché à une action provocatrice persistante. Elles peuvent sans doute être artificiellement suscitées. Toutefois elles ne servent à l'élucidation des problèmes de pathologie humaine que dans ce qui en elles représente les actes morbides de notre espèce. Or, les tissus, les liquides, ne sont pas partout pareillement organisés et vivants. Le tégument commun n'est pas le même, le sang est plus plastique chez les animaux; de là, des réserves importantes qu'il faut faire lorsqu'il s'agit des maladies ayant des siéges si différents.

L'homme est, de tous les êtres qui font partie de la série animale, le plus riche en sensibilité, en modes réactifs; c'est pourquoi une même lésion peut avoir chez lui des conséquences sympathiques remarquables par leur énergie et par leur variété. Chez lui, les traumatismes, les empoisonnements ne sont pas tout à fait semblables aux traumatismes, aux empoisonnements des animaux. Ceux d'entre ces derniers qui sont susceptibles de présenter les phénomènes de la fièvre, de la phlegmasie, les manifestent plus rarement, et les réalisent d'une façon sensiblement différente. Les processus phlegmasique, suppuratif, quoique semblables au fond, ont lieu dans des conditions spéciales selon les espèces; il faut arriver aux plus voisines pour rencontrer des similitudes méritant confiance. Tout cela commande des réserves dont on n'a pas suffisamment tenu compte. On croit maintenant que les lésions de l'appareil nerveux des animaux, même inférieurs, sont suivies des mêmes altérations fonctionnelles que dans notre espèce, et l'on n'hésite pas à conclure que ce qui se passe chez eux doit exactement se répéter chez nous. Cette proposition me semble exagérée;

car, on le sait, dans le système nerveux, la plus petite différence anatomique en entraîne, dans le fonctionnement, qui sont considérables.

Pour être exact, il convient de poser la règle suivante : là où l'organisation est semblable, on obtient les mêmes résultats locaux: irritation, fluxion, phénomènes plastiques, les mêmes conséquences attachées à la fonction de la partie lésée: convulsions, affaiblissements, paralysies; mais quant aux actes morbides qui se passent à distance et qui dépendent d'une sensibilité différente, soit par la quantité, soit par la qualité, on aurait tort de les croire identiques chez l'homme et chez l'animal; et, par exemple, tout étant égal d'ailleurs, l'animal tolère bien mieux que nous les mutilations qu'on lui fait subir, il est bien moins exposé aux accidents traumatiques qui, chez l'homme, compliquent si souvent ces lésions. L'homme a un domaine sympathique autrement étendu et varié, et l'on ne peut considérer l'animal comme pouvant fournir en ce genre tout ce qui se rencontre chez le premier.

Malgré ces nombreuses restrictions, il reste à l'expérimentation animale un champ fertile, et on lui doit des renseignements pathologiques qui ont confirmé des vérités douteuses, ou qui nous en ont révélé qui étaient inconnues. Telles sont les expériences sur la fluxion, l'hyperémie, sur la formation des fausses membranes, sur la régénération des parties, et enfin sur les fonctions attachées à telle structure, à tel agencement d'organes, sur les conséquences nécessaires de telle dégradation.

C'est ainsi qu'on a découvert les conditions de reproduction des os, des nerfs, de la formation des caillots hémostatiques, organisés ou non organisés, du tissu cicatriciel, etc.; l'impossibilité dans les espèces supérieures, et par conséquent chez nous, de la reproduction des parties complexes : membres, poumon, foie, cerveau, etc.

Ce que l'expérimentation chez les animaux a révélé touchant les fonctions des nerfs, a permis de porter sur le vivant des diagnostics qui n'étaient auparavant possibles qu'à l'autopsie.

Le cas suivant s'est présenté à Dupuytren : un individu avait la moitié de la langue atrophiée et privée de mouvement. L'organe percevait pourtant les saveurs. Quelle était la lésion nerveuse cause d'une semblable maladie ? ce n'était pas une lésion du lingual, qui est un nerf sensitif ; ce n'était pas non plus celle du glosso-pharyngien, car les fonctions du pharynx étaient conser-

vées. Restait le grand hypoglosse, lequel du reste est le nerf moteur de la langue. La pathologie humaine, avec ses seules ressources, aurait mis longtemps à faire cette analyse. Les vivisections le lui ont en peu de temps appris. Non-seulement Dupuytren reconnut que le grand hypoglosse était le siége de la maladie, mais encore qu'il n'était lésé qu'après sa sortie du crâne, parce que rien n'indiquait une altération des centres nerveux. Le sujet étant mort au bout de deux ans, la justesse du diagnostic fut vérifiée. On trouva une hydatide qui comprimait le grand hypoglosse dans le trou condyloïdien antérieur[1]. Ce n'était qu'un diagnostic anatomique; mais si on eût pu agir sur la partie, l'utilité d'une pareille notion était évidente.

Les vivisections ont prouvé que la section de la cinquième paire entraîne la perte de la vue, de l'odorat, du goût, de l'ouïe, et a pour conséquence une altération lente et destructive des tissus où ce nerf se distribue. La cinquième paire préside donc à la sensibilité et à la nutrition des parties dans lesquelles elle se répand. Telles sont les données fournies par la physiologie expérimentale, données d'après lesquelles on put porter un diagnostic anatomique exact, dans le cas singulier que voici :

Un homme, admis à l'hôpital de la Pitié à Paris, est privé de la vue, de l'odorat, du goût et de l'ouïe du même côté. Plus tard, et encore du même côté, l'œil s'altère, les gencives deviennent scorbutiques, les dents s'ébranlent; en un mot, c'est la répétition du tableau que présentent les animaux soumis à la section de la cinquième paire. On annonce que le siége de la maladie est dans les racines de ce nerf, et l'autopsie cadavérique donne raison au médecin. Ce fait curieux est rapporté en détail dans le second volume de l'ouvrage de M. Serres, sur l'*Anatomie comparée du cerveau*[2].

Un officier passe une nuit entière, par un temps froid et humide, dans le voisinage d'une croisée ouverte, et présente le lendemain une paralysie du côté du visage qui a été particulièrement exposé. Il entre à l'hôpital Saint-Éloi, et le professeur Serre prescrit des applications épispastiques le plus près possible du trou stylo-mastoïdien. Prompte guérison. Quelle est la théorie de cet évé-

[1] Dupuytren; *Leçons orales*, tom. I, pag. 479; et tom. II, pag. 178.
[2] Serres; *Anatomie comparée du cerveau*, tom. II, pages 67 et suivantes.

nement? Le siége de la maladie était la portion dure de la septième paire; les vivisections ont fait savoir en effet que ce nerf tient sous sa dépendance la motilité des muscles de la face. D'après les données fournies par l'étiologie, M. Serre pensa qu'il s'agissait d'une fluxion catarrhale établie sur ce nerf, et le rendant impropre à remplir sa fonction. Le traitement fut institué d'après ce diagnostic, que le succès justifia dans tous ses détails. Avant les révélations de la physiologie expérimentale, on aurait tout au plus annoncé une paralysie catarrhale, sans pouvoir en dire le mécanisme, et cette ignorance aurait peut-être compromis le traitement, car on n'aurait pas eu la pensée de placer l'agent thérapeutique dans le voisinage immédiat du trou stylo-mastoïdien.

Avant qu'on fût éclairé sur les fonctions des nerfs de la face, on traitait par la section du tronc du nerf facial les névralgies dans lesquelles la douleur suivait les ramifications de ce nerf. Une pareille opération ne guérissait pas la névralgie et ajoutait à la maladie une grave complication, la paralysie de la face. C'était donc une énorme erreur, qui serait impardonnable aujourd'hui. On sait, grâce aux vivisections, que toute névralgie de la face a pour siége la cinquième paire, même celle qui suit le trajet de la septième. L'anatomie a confirmé cette donnée, en prouvant que la cinquième paire fournit à la septième des nerfs sensitifs qui accompagnent cette dernière dans toutes les régions où elle se distribue. C'est donc toujours la cinquième paire qui est le siége des névralgies de la face, même dans celles de ces névralgies qui accusent la direction du facial.

Il est inutile de multiplier ces exemples. La physiologie expérimentale, cela ne peut être mis en question, est pour la pathologie un auxiliaire important. Elle fournit des documents précieux au sujet du mécanisme organique des maladies; en ce moment, elle dissipe avec succès les ténèbres qui enveloppaient les fonctions des parties diverses de l'appareil nerveux; elle révèle des faits nouveaux dont l'application à la physiologie humaine doit être essayée. Elle est donc incontestablement un instrument de progrès. Il est à désirer toutefois qu'elle ne se fasse pas illusion sur sa portée. Son vrai domaine comprend l'étude des phénomènes qui sont communs à l'homme et aux animaux. Lorsqu'elle passe au département des sympathies, sa compétence est loin d'être aussi complète; elle est décidément impuissante quand il s'agit d'affec-

tions que les animaux ne peuvent réaliser. Toujours, du reste, elle n'a que voix consultative : c'est la clinique, en effet, qui apprécie la valeur de son apport et qui répond aux points d'interrogation qu'elle est toujours obligée de placer à la suite de ses propositions. Enfin les vivisections, il ne faut pas l'oublier, n'aident à former que des diagnostics anatomiques. En s'isolant de la clinique, elles perdraient tous leurs avantages. C'est malheureusement ce qui arrive pour les physiologistes qui ne veulent pas ou ne peuvent pas joindre à leurs travaux de laboratoire ceux de l'observation au lit du malade.

Il va sans dire que j'entends parler des vivisections bien faites, pour lesquelles on s'est mis à l'abri des causes d'erreur qui sont susceptibles d'altérer la pureté du résultat. Trop souvent on ne tient pas compte des lésions qui sont les conditions nécessaires de l'expérience. Il faut défalquer alors ce qui provient des lésions auxiliaires, chose malaisée quand le total n'est pas une simple addition, mais une fusion de phénomènes.

ARTICLE V. — DIAGNOSTIC DE LA NATURE DES MALADIES.

Ce que j'appelle *nature* des maladies n'est rien de métaphysique. C'est le fait pathogénique initial, celui qui commande les autres, celui qui est le sujet de l'indication principale. On ne niera pas que la recherche des natures de ce genre est non-seulement permise en pratique, mais ordonnée.

D'un autre côté, on s'est beaucoup trompé, on se trompe encore, en poursuivant les *natures ;* et les idées fausses qu'on s'est faites sur la nature des maladies ont introduit dans la science de fâcheuses perturbations. Rien de surprenant à cela, car, le problème des natures pathologiques étant le plus important, le plus épineux, la médecine la mieux faite reste encore très-incomplète sur ce point. En présence de ces imperfections, le désir du mieux est tout simple ; de là, des essais tentés dans différentes voies et les manières diverses d'entendre le sujet.

De toutes ces manières, pourtant, une seule est bonne, et, si elle n'a pas encore porté tout son fruit, ce n'est pas une raison pour l'abandonner.

S'il est trop souvent difficile de déterminer pratiquement la nature des maladies, il n'en n'est pas ainsi en théorie. Tous les cas

pour lesquels le médecin est appelé peuvent être, je l'ai amplement expliqué, rangés en trois classes : maladies affectives, réactions et subactions, malformations.

La nature des maladies affectives est l'affection, à savoir : la viciation de l'ensemble qui, essentielle, existant par soi, est la cause génératrice des lésions et, par les lésions, des symptômes. Ainsi, quand on reconnaît que tels actes morbides proviennent d'un état morbide syphilitique, catarrhal, goutteux, varioleux, etc., on a déterminé la nature de la maladie. On ne parvient pas toujours à dégager cet inconnu, mais c'est le but qu'il faut sans cesse se proposer, parce que là réside l'indication capitale.

Dans les réactions et dans les subactions, la nature est toujours une viciation dynamique, et partant insaisissable. Néanmoins, ce cas diffère du précédent d'une manière notable, car dans les faits de cet ordre la maladie est attachée au sort d'une provocation persistante qui, thérapeutiquement, est le phénomène capital d'où tous les autres découlent. La suppression du stimulus provocateur (corps étranger ou lésion d'organe) est l'indication première. C'est donc là qu'est la vraie nature au point de vue pratique. Ainsi, la nature des actes morbides commandés et entretenus par une provocation, est une réaction ou une subaction portant le nom du stimulus, et je caractérise aussi bien que possible la phlegmasie traumatique, par exemple, en disant qu'elle est une réaction provoquée par une lésion de cause mécanique. Pareillement, pour les actes morbides marqués par la dépression vitale, ce sont des subactions par insuffisance d'air, d'aliment, par agent septique, etc. On observe fréquemment des maladies subactives, réactives, avancées, qui persistent malgré l'élimination du stimulus; leur nature ne change pas nécessairement pour cela, car il se peut très-bien qu'un désordre local, introduit dans l'organe par la maladie elle-même, devienne l'indication capitale. La maladie conserve toujours alors la nature de celles qui sont dépendantes; le stimulus n'est plus le même, voilà tout. Telle est, par exemple, une phlegmasie traumatique qui devient chronique parce que les matières accumulées par la fluxion n'ont pas été convenablement élaborées et résorbées. Mais il se peut que la prolongation du mal soit due à une cause résidant dans l'ensemble et exerçant une influence funeste ; alors la maladie n'a plus la même nature, elle est devenue affective.

La nature d'une malformation est tout anatomique; c'est un instrument qui, par un vice de structure, ne peut remplir sa fonction. Évidemment l'étendue et l'espèce de la lésion qu'il faut corriger chirurgicalement, sont le fait essentiel pour le praticien.

C'est toujours l'application de la même idée : la nature est ce qui suggère l'indication principale.

La nature d'une malformation est un fait matériel, palpable.

La nature des réactions, des subactions, n'est pas aussi aisément abordable. Ici, il n'y a pas altération pure du mécanisme; il existe, en outre, une modification dynamique variable selon le degré, la qualité de la sensibilité, de l'irritabilité de la partie provoquée, de l'ensemble. Pourtant, comme la maladie dépend d'une lésion qui le plus souvent tombe sous les sens, le diagnostic anatomique suffit. C'est celui sur lequel il est le plus facile de s'entendre ; c'est le diagnostic chirurgical, en soi plus accessible que le diagnostic médical.

Le diagnostic médical comprend les affections. Les affections n'ont pas, comme les maladies chirurgicales, un support anatomique appréciable ; ce sont des notions auxquelles on arrive par l'interprétation des faits sensibles. Il n'est pas surprenant que l'accord soit relativement malaisé , puisque l'interprétation peut varier. Il en est ainsi partout où le raisonnement, intervenant pour une plus large part, passe par les sentiers difficiles de l'induction.

On fait tout le chemin possible, ou seulement une partie. Tel s'arrête aux symptômes ; un autre arrive jusqu'à la lésion de l'organe ; un troisième cherche la cause de cette lésion. Chacun apportant dans le diagnostic sa foi doctrinale, son esprit logique, son degré d'instruction, sa sagacité, ne soyons pas étonnés si l'on arrive fréquemment à des résultats différents.

J'ai besoin de rappeler que le vrai diagnostic est celui qui intéresse la thérapeutique. Il n'est pas le même si l'on se place au point de vue purement descriptif, au point de vue de l'histoire naturelle.La nature nosologique d'une maladie est établie sur des errements différents de ceux qui révèlent sa nature thérapeutique. Le diagnostic médico-légal varie aussi selon le genre de lumière qu'on lui demande, selon le but à atteindre.

Trois moyens principaux servent à diagnostiquer la nature des maladies; et d'abord les symptômes, par lesquels on recon-

naît la lésion d'organe, et cette lésion elle-même quand elle est accessible à nos sens seuls ou aidés de nos procédés d'exploration que la science moderne a si heureusement multipliés. Il va sans dire que la symptomatologie comprend la connaissance des phénomènes passés, leur ordre de succession (marche, type). Tout cela, sauf les exceptions que j'ai signalées, est empreint du caractère de l'affection, surtout quand celle-ci est spécifique. L'utilité d'une pareille constatation est évidente pour le diagnostic ; il n'est pas besoin d'insister.

Le mode de production de la maladie est encore d'un grand secours pour nous en apprendre l'espèce et la nature. Aussi est-il nécessaire de savoir le mieux possible toutes les causes et les conditions qui ont concouru à son établissement. L'importance de l'étiologie dans la question du diagnostic est donc manifeste. Les circonstances au milieu desquelles une lésion traumatique s'est produite, rendent probables et parfois certaines telles particularités que les symptômes, l'examen direct, n'ont pas révélées.

La maladie est-elle entretenue par une provocation ? celle-ci est-elle d'origine externe, interne ? en quoi consiste-t-elle ? que peut-on faire contre-elle ? On répond à ces questions, essentiellement pratiques, avec les secours fournis par l'étiologie.

Si la maladie ne peut être rattachée à une provocation persistante, agissant sur le lieu même de la lésion ou bien sympathiquement, à distance, c'est une affection, et laquelle ? Ici encore il faut interroger l'étiologie. La cause initiale est un virus, un effluve, un miasme, un influx épidémique, etc., un de ces agents puissants qui commandent la nature de l'affection. Faut-il invoquer une prédisposition ? le tempérament, l'idiosyncrasie, l'hérédité, le climat, la constitution atmosphérique, les maladies passées, etc., toutes ces choses sont du ressort de l'étiologie, et apprennent en quoi elle consiste et quelle part il convient de lui faire dans la maladie.

Celle-ci a-t-elle une forme, un siége exceptionnels, décevants, c'est à l'étiologie qu'il faut en demander la raison. Pourquoi, chez tel sujet, la goutte, le rhumatisme, au lieu d'attaquer les articulations, se localisent-ils sur un viscère ? L'étiologie explique l'anomalie en faisant connaître que ce viscère est atteint d'une infirmité native ou acquise. Pourquoi telle fièvre exanthématique, telle chlorose simulent-elles, à s'y méprendre, une névrose ? C'est que

le malade est porteur d'un tempérament fortement nerveux. Cette notion étiologique sert à empêcher l'erreur du diagnostic. L'étiologie est donc un moyen d'information très-important.

La troisième source des moyens diagnostiques est dans les effets du traitement.

Le traitement a pour objet de détruire l'œuvre des causes morbifiques. Il doit donc agir en sens inverse de ces dernières, et peut par conséquent servir à dévoiler la nature de leurs effets. Le traitement, bien dirigé, fournit la vérification de la justesse du diagnostic. Que de fois, les événements thérapeutiques n'étant pas d'accord avec le diagnostic établi, nous sommes convaincus d'erreur et contraints de comprendre autrement la maladie !

Nous avons diagnostiqué une gastrite chronique : nous instituons le traitement en conséquence ; les effets obtenus nous éclairent, nous font penser à autre chose, à une gastralgie par exemple, et l'événement prouve que ce nouveau diagnostic est le vrai. Telle tumeur diagnostiquée cancer, se dissipe spontanément ou sous l'influence de quelques topiques. Ce résultat nous fait renoncer à l'idée du cancer. Tout donc peut être significatif dans le traitement, l'insuccès comme le succès.

Le vrai sens du mot traitement est de désigner l'ensemble des moyens que le corps vivant, seul ou aidé par l'art, oppose à la maladie, quelle que soit l'issue définitive. Les effets bons ou mauvais d'une hémorrhagie spontanée ou d'une saignée peuvent, les uns aussi bien que les autres, servir à la confirmation, au redressement du diagnostic; d'un autre côté, cure et guérison ne sont pas des expressions identiques. Le médecin traite une maladie ; celle-ci marche vers sa solution. Quelle est la part du praticien dans ce résultat ? Sans doute, dans la plupart des cas, la guérison témoigne en faveur de l'efficacité du traitement employé. Mais il y a exception à cette règle quand, ce qui n'est pas rare, les agents prescrits n'ont contribué en rien au succès, ou ont été un obstacle dont la nature a triomphé. L'amour-propre aidant, les erreurs en ce genre sont difficiles à éviter. De ce qu'un malade a guéri après la prescription d'une saignée, par exemple, on n'est pas par cela seul autorisé à conclure que cette saignée a été le moyen de guérison. Il faut que les faits de la maladie considérés dans leur ensemble attestent la présence d'un cas dans lequel une évacuation sanguine devait être salutaire ; il faut qu'il y ait entre les effets

de la saignée et les effets médicateurs subséquents une appropriation qui permette d'attribuer les seconds aux premiers. Certaines conditions sont donc nécessaires pour que la guérison confirme la justesse du diagnostic porté. Si le traitement éclaire la nature de la maladie, la maladie à son tour éclaire la nature et la portée des actions thérapeutiques, qui sont le fait du médecin.

D'après cela, pour bien comprendre la sentence hippocratique: *naturam morborum ostendunt curationes,* il convient de donner au mot *curationes* son vrai sens, et non celui de *sanationes,* comme on le fait généralement. Il convient en outre de réunir dans le mot *curationes* ce qui appartient à l'organisme agissant dans sa spontanéité, ce qui appartient à l'art. Tout cela, ainsi que je viens de le montrer, peut contribuer à dévoiler la nature des maladies. Telle était sûrement la pensée d'Hippocrate, si confiant, comme on le sait, dans la médecine d'expectation.

Il me paraît utile de faciliter par quelques exemples l'intelligence de ces propositions.

A chaque espèce morbide appartiennent certains mouvements restaurateurs qui, complets ou incomplets, heureux ou malheureux, témoignent en faveur de sa nature thérapeutique.

Tout étant égal d'ailleurs, la suppuration indique la nature phlegmasique d'une lésion; un mouvement critique sudoral accuse la nature catarrhale d'une maladie; des évacuations gastriques ou intestinales sont le moyen habituel de solution des maladies bilieuses, etc.

Une jeune fille présente une série de symptômes rappelant plus ou moins une fièvre inflammatoire, une névrose. Le praticien ne sait quel nom donner à cette maladie. Un flux menstruel arrive, et après lui la santé se rétablit. La nature de la maladie est révélée: c'était un besoin fonctionnel rencontrant des obstacles et qui, pour être satisfait, a dû prendre une forme morbide.

Après des attaques asthmoïdes ou épileptiformes rebelles, on voit apparaître une plaque herpétique, une fluxion goutteuse ou rhumatismale aux articulations, etc., qui suspendent les attaques. Voilà encore un traitement naturel fort significatif pour mettre sur la voie de la vraie nature de cet asthme, de cette épilepsie.

Mais, dans beaucoup de cas, on ne peut pas attendre les révélations spontanées dont je viens de parler. A leur défaut, on interroge soi-même l'organisme malade à l'aide d'une expérimen-

tation thérapeutique artificielle, et selon les réponses obtenues on persiste dans la première idée qu'on s'est faite de la maladie, ou bien on l'abandonne pour une autre.

On peut comparer l'expérimentation thérapeutique à l'expérimentation par les réactifs, à l'usage des chimistes qui veulent connaître la nature d'un corps. L'épreuve à laquelle je fais allusion est employée depuis longtemps pour le diagnostic ; c'est le procédé *à juvantibus et lædentibus,* dont il sera question plus tard.

Ce procédé suppose la connaissance expérimentale de la manière d'agir des agents thérapeutiques sur les diverses maladies, dans telle circonstance de dose, de mode d'application, de réceptivité.

Pour en tirer parti, il faut être à la fois pathologiste et thérapeutiste exercé. Les cas les plus faciles sont ceux où l'on essaie un médicament spécifique. Alors les rapports de la maladie et du remède sont aussi étroits que possible, et les réponses vitales qu'on obtient sont au plus haut degré significatives. Combien de fois l'expérimentation méthodique par le mercure, par le quinquina, n'a-t-elle pas dénoncé la nature cachée d'une syphilis, d'une fièvre d'accès !

Les services diagnostiques de ce genre ne s'arrêtent pas là, il s'en faut. La manière de sentir, de tolérer, de réagir, est une lumière dont le praticien doit constamment se préoccuper. Combien de fois une saignée exploratrice n'a-t-elle pas permis de distinguer une oppression d'une résolution de forces! Fréquemment les fâcheux effets d'un traitement tonique, excitant, nous contraignent à modifier notre diagnostic, et nous révèlent l'existence d'une maladie de nature sthénique, etc. Il serait très-facile de multiplier ces exemples. Le lecteur en trouvera sans peine d'autres semblables, et il restera convaincu de l'utilité de l'expérimentation thérapeutique pour arriver à la connaissance de la maladie. Évidemment, quand la symptomatologie, l'étiologie, sont insuffisantes, c'est la seule ressource qui reste.

Les appétits et les instincts du malade fournissent un secours diagnostique analogue à celui dont je parle, et dont il convient de dire quelques mots.

Une précaution indispensable consiste à distinguer ces besoins de ceux qui viennent de l'imagination, du caprice. Ceux-ci induisent en erreur, les autres expriment une partie de la vérité. La faim, le

dégoût, le désir de certains aliments, de certaines boissons, etc., sont des faits dont il faut tenir compte; et quand il n'y a pas de contre-indication sérieuse, on les satisfera avec avantage. Dans plusieurs circonstances, une pareille donnée a été le point de départ d'un nouveau diagnostic, cette fois exact. Pendant le règne de Broussais, plusieurs malades protestaient, en réclamant des aliments, contre les idées d'irritation, d'inflammation, qui, à cette époque, dominaient les esprits. L'instinct du sujet offrait un avertissement qui malheureusement n'était pas toujours compris par le médecin.

ARTICLE VI. — SECOURS FOURNIS A L'ÉTABLISSEMENT DU DIAGNOSTIC PAR L'AUTOPSIE DU CADAVRE.

Nous savons la place que l'anatomie pathologique occupe dans l'histoire des maladies, et le genre des perfectionnements qu'elle a apportés à cette histoire. L'examen, la dissection des parties lésées, fournit, personne n'en doute, des documents d'une importance incontestable, et, on peut le dire, depuis les progrès de l'anatomie pathologique, une bonne partie de la pathologie a été transformée.

Pendant la vie, on étudie directement les lésions qui sont situées à la périphérie, et des instruments ingénieux permettent d'atteindre celles dont le siége n'est pas trop profond. Mais l'étude intrinsèque de ces lésions est très-limitée tant qu'elles sont vivantes. On a toutes les libertés de l'autopsie cadavérique quand la partie a été séparée. Les renseignements ainsi obtenus révèlent la situation pathologique du sujet, confirment ou corrigent le diagnostic : c'est ainsi que l'examen anatomique d'une tumeur, d'un membre enlevés, apprend ce qu'on doit craindre ou espérer dans l'avenir.

Il est inutile de revenir sur la nature et la limite des progrès accomplis par l'anatomie pathologique. Je me contente d'indiquer les services posthumes qu'elle rend dans un cas donné de maladie.

L'autopsie peut démontrer qu'une maladie que l'on croyait affective était en réalité réactive. La cause provocatrice est reconnue, et l'on apprend que telle hydropisie était due à l'oblitération d'un gros vaisseau, que telle maladie estimée bilieuse était un empoisonnement, etc. Elle redresse le diagnostic en découvrant

des parasites animaux, végétaux, qui expliquent naturellement les lésions d'organe, les symptômes. Réciproquement, quand les recherches ont été bien faites, l'absence de toute lésion d'organe capable d'expliquer les phénomènes autorise à croire qu'il s'agissait d'une affection. C'est ainsi qu'au nom de l'anatomie pathologique on doit admettre encore l'existence possible des hydropisies, des asthmes, etc., idiopathiques; son témoignage négatif vaut autant que l'autre.

La nécropsie, en nous faisant entrer dans les détails intrinsèques de la lésion anatomique, éclaire un côté de la maladie, celui du mécanisme organique. Si elle borne là ses prétentions, si elle se reconnaît la vassale de la clinique, elle est plus que jamais en mesure de fournir des renseignements utiles à la science du diagnostic.

ARTICLE VII. — MÉTHODES DE DIAGNOSTIC.

Elles sont au nombre de deux : 1° *méthode directe ;* 2° *méthode indirecte.*

§ I. Méthode directe.

La méthode directe est celle à laquelle on a d'abord recours. Si les données de l'étiologie et de la symptomatologie sont suffisamment consonnantes et significatives, la maladie est reconnue à ses traits pathognomoniques. C'est ainsi que l'on diagnostique une affection varioleuse, une affection goutteuse, précédées et accompagnées des principaux caractères qui les distinguent des autres espèces morbides. Évidemment il faut attendre le développement de ces caractères, et l'on conçoit sans peine que le diagnostic est d'autant plus difficile qu'on est plus près du début. Avant l'éruption, avant l'attaque, on peut avoir des raisons plausibles pour croire à l'existence d'une variole, d'une goutte ; ce n'est que lorsque l'éruption, l'attaque, se sont dessinées, qu'on se prononce avec certitude.

Mais il se peut, et cela arrive souvent, que les traits de la maladie manquent de la netteté et de l'accentuation nécessaires : on est alors contraint d'avoir recours à la méthode indirecte.

§ II. **Méthodes indirectes.**

On admet deux méthodes indirectes : l'une *par exclusion*, l'autre *par hypothèse*.

I. La méthode *par exclusion* est un auxiliaire de la méthode directe, lorsque la maladie dont on poursuit le diagnostic ressemble sur plusieurs points à d'autres dont il importe de la distinguer. L'occasion des diagnostics différentiels se présente fréquemment en clinique, et cette partie de la séméiologie tient, avec raison, une grande place dans l'enseignement théorique et pratique.

Un individu a la fièvre, il tousse, il accuse une douleur au côté. On pense naturellement à toutes les maladies qui peuvent se présenter avec un semblable appareil de symptômes. Ce peut être, par exemple, une pneumonie, une pleurésie, une pleurodynie. Si un examen attentif révèle l'absence des caractères pathognomoniques de la pneumonie, de la pleurésie, on arrive logiquement et par exclusion à diagnostiquer une pleurodynie. La preuve thérapeutique survenant par suite de l'emploi *loco dolenti*, ou de la chaleur, ou d'un sinapisme, ou d'un vésicatoire, le diagnostic a été vrai : c'était une pleurodynie.

Le diagnostic de certaines tumeurs se fait aussi à l'aide de la méthode par exclusion. Soit une tumeur à l'aine : il importe d'en déterminer exactement la nature et de la distinguer parmi celles qui se présentent à cette région : hernie, anévrysme, tumeur plastique, abcès, etc. La fluctuation indique la présence d'un liquide, sang ou pus. Ce sera donc, ou bien un anévrysme, ou bien un abcès. L'étendue, la netteté de la fluctuation, témoignent en faveur d'un abcès. Mais la tumeur est située sur le trajet de l'artère et offre des battements. Ceci ramène à l'anévrysme. Les battements étant étudiés de près, on s'assure qu'il s'agit d'un simple soulèvement de la tumeur qui ne présente pas cette expansion venant du centre de cette tumeur et procédant par rayonnement, telle qu'on l'observe dans l'anévrysme. La pensée du praticien revient à l'abcès ; si les précédents sont ceux de l'abcès et non ceux de l'anévrysme, toute hésitation cessera, et non-seulement les précédents déposeront en faveur de l'abcès, mais encore ils apprendront à distinguer un abcès chaud d'un abcès froid, un abcès par congestion de celui dont le pus s'est formé au siége de la tumeur.

II. La méthode *par hypothèse* est un pis aller auquel on a recours lorsque, l'opportunité d'agir étant reconnue, on n'est pas encore parvenu à un diagnostic complet. On prend alors, parmi les données de l'étiologie, de la symptomatologie, celles qui paraissent les plus significatives dans l'espèce, et on en agrandit provisoirement la valeur. C'est donc une hypothèse qui demande à être vérifiée. Le temps et les effets du traitement institué en conséquence renseignent le praticien là-dessus.

Une condition de rigueur est que les prescriptions suggérées par l'hypothèse ne puissent pas nuire au malade, ou que leurs inconvénients, en cas d'erreur, soient facilement réparables. Une surveillance plus que jamais attentive est donc commandée dans une pareille situation.

La méthode par hypothèse n'est permise qu'aux praticiens expérimentés. Fréquemment les motifs qui les inclinent vers une supposition plutôt que vers une autre, ne sont pas nettement appréciés. C'est un jugement d'ensemble qu'ils portent. On dit que ceux qui rencontrent habituellement juste ont l'instinct médical, le tact médical. Ces expressions, prises à la lettre, ne sont pas exactes. Il n'y a rien ici qui rappelle le moins du monde la divination; c'est un vrai travail intellectuel rendu plus facile, plus rapide, par l'habitude.

Les observations où l'on a procédé par hypothèse sont nombreuses. Soit, par exemple, une névrose dont la cause ne se révèle par aucun caractère précis. D'après des motifs dont la valeur est contestable, on suppose que cette cause est constituée par des vers, par une affection herpétique, rhumatismale, etc.; si aucune contre-indication ne s'y oppose, on prescrit un traitement en rapport avec l'hypothèse. Celle-ci est vraie quand les événements subséquents la justifient. Dans le cas contraire, elle est fausse, et l'on se tourne d'un autre côté. On sait que les eaux minérales sulfureuses ont la vertu de favoriser le développement des manifestations syphilitiques incomplètes. Ces eaux sont donc un moyen utile à employer lorsqu'on se croit autorisé à poser l'hypothèse d'une affection syphilitique. Sous leur influence, les symptômes caractéristiques de la syphilis apparaissent et le diagnostic devient possible par la méthode directe. Ainsi, l'interrogation thérapeutique peut vérifier l'hypothèse de deux manières : en ajoutant une donnée de plus, celle qui émane de l'action d'un remède effi-

cace; en provoquant des symptômes plus accentués, et cette fois pathognomoniques, qui mettent sur la voie du traitement.

Telles sont les méthodes à l'aide desquelles on emploie les moyens dont j'ai parlé plus haut.

Le diagnostic doit être porté aussi loin que possible; toutefois, ne l'oublions pas, dans une maladie, comme partout, il y a des parties importantes et des parties qui le sont bien moins. Les parties importantes sont l'affection, les lésions d'organe d'où découlent les indications capitales. Naturellement, c'est de ce côté que les investigations diagnostiques doivent être dirigées. Qu'un praticien s'attache à tout savoir, principal et accessoires, cela est bien, mais à la condition que chaque chose sera mise à son rang. Le mal est grand si on ne voit que l'accessoire.

N'oublions pas non plus que certaines particularités du diagnostic local exigent, pour être acquises, des manœuvres pénibles. Avant de les employer, demandons-nous si elles sont nécessaires au diagnostic thérapeutique. Mais quand celui-ci pourra être fait sans elles, il convient de les épargner au sujet. Une manœuvre dangereuse sera rigoureusement proscrite. On a justement renoncé à employer le stylet, à l'aide duquel on s'assurait si une plaie de poitrine était pénétrante ou non pénétrante. D'une part, cette recherche est une cause de douleur, d'irritation, et peut déterminer une hémorrhagie en déplaçant un caillot protecteur. D'un autre côté, il est permis de se passer de ce renseignement, car les indications sont les mêmes dans les deux cas. Il ne faut donc pas s'exposer à payer trop cher les détails de diagnostic local dont on n'a pas absolument besoin.

Se résigner à ignorer est alors facile. Il n'en est plus ainsi quand l'inconnu porte sur les parties importantes de la maladie. Parfois, malgré tous nos efforts, nous ne parvenons pas à formuler un diagnostic précis. Cette ignorance peut continuer jusqu'au bout. En cas de mort, reste la nécropsie, laquelle, on s'en souvient, nous laisse plus d'une fois aussi peu avancés qu'auparavant. En présence de maladies gardant obstinément leur secret, on est réduit au traitement des symptômes.

Dans une profession comme la nôtre, tout est possible en fait de déceptions; mais on est excusable quand on a utilisé toutes les ressources de la science.

Le praticien doit être familiarisé avec les procédés en usage pour

le diagnostic des lésions d'organe. Ils exigent une éducation spéciale, quelques-uns surtout, tels que ceux qui nécessitent l'emploi du microscope, du stéthoscope, de l'ophthalmoscope, la percussion, etc. Les études, les exercices de séméiologie sont également indispensables. Sans eux, les symptômes, les lésions, seraient lettre morte.

On peut être induit en erreur en ce qui concerne les phénomènes subjectifs. Le malade ne fournit que des renseignements incomplets, si sa sensibilité de conscience est obtuse. Plus souvent elle est exaltée, et le malade exagère. Parfois il a intérêt à dissimuler, à simuler. Le praticien doit se tenir en garde contre chacune de ces éventualités.

Tout le monde sait les embarras que présente la médecine des enfants, des aliénés, de tous ceux qui ne savent pas ou ne peuvent pas répondre exactement aux interrogations.

Il faut, selon le mot d'Hippocrate, que tout vienne en aide au praticien, le malade et les assistants. Le secours de ces derniers manque fréquemment dans les hôpitaux; de là, des obstacles qu'il faut savoir surmonter.

Les difficultés du diagnostic sont plus grandes aux premiers temps de la maladie, surtout si celle-ci est compliquée, irrégulière [1].

La précipitation est donc une faute; certains médecins se croiraient humiliés si, du premier coup, ils ne nommaient pas la maladie. Souvent il convient d'attendre, et plusieurs examens sont nécessaires. Tels diagnostics : phthisie commençante, maladie du cœur, etc., exigent des explorations multipliées, faites à des époques différentes. Telle maladie qui débute sous la forme d'une névrose est une fièvre exanthématique; telle autre présente à son commencement tous les traits d'une maladie inflammatoire et est en réalité ataxo-adynamique. L'opinion qu'on se fait à la première visite n'est souvent qu'une hypothèse. Il est prudent d'attendre avant de se prononcer.

C'est une circonstance fâcheuse que de partir d'une fausse doctrine, de n'admettre, par exemple, que deux natures morbides : sthénie, asthénie, ou bien de considérer toutes les maladies comme un fait chimique, organique, etc. Néanmoins, il est rare

[1] Voir *Périodes, Complications, Irrégularités de l'acte morbide.*

rare que les systématiques auxquels je fais allusion aient, au lit du malade, tout le courage de leur opinion. Le bon sens résiste aux entraînements de la théorie, et celle-ci est heureusement oubliée provisoirement. Aussi est-il possible de très-bien s'entendre en consultation avec des praticiens appartenant à une École différente. Les motifs ne sont pas les mêmes, le diagnostie nominal diffère ; mais on se trouve d'accord sur les indications et sur les moyens de les remplir. Là, en effet, est le vrai terrain de la conciliation pour le présent et pour l'avenir. C'est pourquoi j'ai tant insisté sur la nécessité de donner au diagnostic une couleur essentiellement thérapeutique.

ARTICLE VIII. — ART D'EXAMINER ET D'INTERROGER LES MALADES.

On l'a dit avec raison, la formation du diagnostic est l'équivalent d'une énigme à deviner, avec cette différence pourtant que les données de l'énigme ne sont ni formulées, ni imposées. La tâche de préparer, de rassembler ces données, incombe au praticien lui-même. Les matériaux nécessaires sont fournis par les récits qu'il recueille, par son observation personnelle.

J'ai exposé les motifs qui nous commandent une certaine réserve au sujet de ce qu'on nous raconte. Le malade peut mal exprimer les sensations qu'il éprouve, il peut être un historien inexact de ce qui s'est passé ; il peut même dans quelques cas nous induire volontairement en erreur. Le malade est donc trop intéressé dans la question, pour que son témoignage soit accepté tel quel, sans contrôle.

Il est généralement fâcheux que le praticien soit obligé de se prononcer d'après le dire d'autrui. L'observation personnelle est, sans contredit, la ressource la plus digne de confiance ; elle fournit, en effet, des renseignements dont l'imagination, l'inintelligence, le défaut de bonne volonté du sujet, n'altèrent pas la valeur. Aussi est-ce de l'observation personnelle que nous tenons les matériaux les plus utiles. Cette vérité devait être constatée avant l'exposition de la méthode à suivre pour l'enquête d'où le diagnostic doit sortir.

Nous avons à nous mettre en possession de deux séries de faits : 1° ceux que nous ne savons que par intermédiaires : symptômes

subjectifs, événements accomplis ; 2° les faits actuels qui tombent sous les sens et que nous connaissons directement par nous-mêmes. Donc, interrogation, examen, tels sont nos deux moyens d'information.

Ils sont différents, sans doute, mais non d'une façon absolue. Très-fréquemment on interroge en examinant, on examine en interrogeant. Toutefois, il est vrai de dire qu'il y a un temps plus spécialement consacré à l'examen, un autre temps plus spécialement consacré à l'interrogation. Par où doit-on commencer ?

L'ordre qui paraît logique, et que Double[1], grande autorité en pareille matière, a adopté, est celui dans lequel on s'enquiert d'abord des anamnestiques et des symptômes passés ; puis on use des lumières ainsi acquises pour se diriger dans l'examen du malade. D'autres auteurs recommandent au contraire d'examiner d'abord, et d'employer les résultats de l'examen pour régler l'interrogation.

Ces deux méthodes, mises en œuvre par des hommes habiles, sont susceptibles de fournir des résultats également précieux. Elles ont ceci de commun, qu'elles donnent une idée première et paraissant plausible de la maladie, idée qui sert à diriger le travail ultérieur. Un point de départ quelconque est, en effet, indispensable, sans quoi tout serait livré au hasard. Ce point de départ n'est qu'un diagnostic anticipé, provisoire, qu'on maintient, qu'on corrige, qu'on abandonne selon que les informations subséquentes l'exigent, mais qui a le grand avantage de régler le travail, de lui donner un but. Celui qui cherche sans méthode est singulièrement exposé à ne pas trouver. Or, je le répète, l'hypothèse vraisemblable d'où l'on procède peut, entre des mains expérimentées, sortir aussi bien de l'examen que de l'interrogation. C'est pour cela que les esprits sont partagés sur ce point.

Il y a des cas où l'utilité de commencer par l'un ou par l'autre s'impose d'une façon évidente. Lorsque le fait important, significatif, de la maladie, est accompli, on a un grand intérêt à le connaître au plus tôt : contagion, infection, empoisonnement, etc. C'est alors par l'interrogatoire qu'il convient de commencer. Pareillement, et cela va de soi, quand aucun symptôme n'existe dans le moment, ainsi que cela a lieu pendant les intermittences

[1] Double; *Séméiologie générale*, tom. I, pag. 114.

complètes d'une pyrexie, d'une névrose. De son côté, l'examen précède nécessairement l'interrogation lorsque le malade est incapable de fournir aucun renseignement et que personne n'est là pour le remplacer, ainsi que cela peut arriver, surtout dans les hôpitaux.

Mais, dans les circonstances ordinaires, on a le choix des deux méthodes ; quelle est donc celle qui est la meilleure ?

La préférence sera acquise à la méthode qui procure l'idée première méritant le plus de confiance, dans la généralité des cas. Le problème étant ainsi posé, la solution découle d'elle-même.

J'ai prouvé qu'on était plus sûr de ce qu'on voyait soi-même que de ce qu'on apprenait du malade. A moins donc de circonstances particulières, commençons par l'examen.

Malgré cela, sauf urgence, auquel cas toute considération contraire s'efface, l'examen ne doit pas être fait *ex abrupto*. Il y aurait inconvenance à se comporter ainsi ; d'ailleurs le praticien opérerait dans de mauvaises conditions. Il faut que le sujet soit revenu de l'émotion que lui cause presque inévitablement la présence du médecin ; il faut qu'il soit amené à accorder librement son adhésion à l'inspection souvent intime qu'on va faire de son corps. Cette précaution est particulièrement nécessaire quand il s'agit d'une femme. Cela exige une conversation préliminaire qui ne tarde pas à tourner vers l'objet essentiel, la maladie.

La façon d'entrer en matière a été formulée par Hippocrate en peu de mots : *Cum ad ægrum deveneris interrogare oportet quæ patiatur, ex quâ causâ et quot jam diebus :* De quoi souffrez-vous ? depuis quand ? à quoi attribuez-vous votre mal ? Questions si naturelles que le malade y répond d'ordinaire avant qu'elles lui soient adressées.

Pendant ce prologue, le médecin écoute, se contentant de ramener le sujet, s'il s'égare, aux termes des questions posées par Hippocrate. Son rôle est loin d'être passif. Il examine en même temps les lieux, il perçoit les impressions fournies par l'air, la température, les odeurs, etc. Il note l'expression du visage, l'attitude, le degré d'embonpoint, d'amaigrissement; il apprécie le tempérament probable, et s'il y a quelque remarque à faire au sujet du ton du récit, indépendamment du sens des paroles, il ne manque pas d'en profiter.

D'après les données plus ou moins vagues ou précises qu'on a

recueillies, on a arrêté mentalement la direction à donner au premier examen ; cela fait, on se met immédiatement à l'œuvre.

S'il y a un mal local, qu'il soit primitif ou consécutif, c'est à lui qu'il faut aller. On s'assure d'abord des symptômes statiques, puis des symptômes fonctionnels, physiques, dynamiques. On recherche ensuite les changements survenus dans le voisinage de l'organe, dans le département sympathique, ce qui mène à constater l'état des fonctions générales : caloricité, circulation, sensibilité, motilité. On termine par les fonctions spéciales.

Si rien de local n'est particulièrement indiqué, on commence par l'examen des fonctions générales. L'état de la circulation est traduit par celui du cœur, des artères, des veines, des capillaires, et du sang, au cas où une hémorrhagie spontanée ou artificielle en permet l'examen direct.

L'état de la caloricité est apprécié au moyen de la température générale du corps ou des modifications qui ont pu survenir dans la température de telle ou telle région. Ces sensations de chaleur, de froid, sont-elles purement subjectives ? sont-elles appréciables au thermomètre ? s'accompagnent-elles de sécheresse ou d'humidité ? quelle sécheresse, quelle humidité ?

La sensibilité comprend les douleurs, les inquiétudes, les malaises. Des sensations diverses sont possibles au point de vue de la qualité et du degré ; de quelle espèce sont-elles ?

Les symptômes se rapportant à la contractilité sont : la langueur, l'affaissement, la paralysie, l'agitation, la lenteur, la brusquerie des mouvements, la convulsion. Les muscles et les parties contractiles donnent la mesure de la faculté motrice, de la même manière que les vaisseaux sanguins révèlent l'état de la circulation.

On juge de la nutrition par le volume des chairs, leurs qualités, leur fermeté, leur flaccidité, l'aspect de la peau, des muqueuses visibles, leur pâleur, et la nature de celle-ci.

Puis vient le tour des fonctions spéciales : intelligence, respiration, digestion, miction, sécrétions, excrétions, etc.

Les changements anormaux que l'on rencontre sont exactement notés, afin de les avoir présents à l'esprit au moment du triage et de l'appréciation.

Pendant cet examen, l'opinion que le premier récit du malade avait pu suggérer au praticien, est parfois modifiée. Celui-ci avait

été induit à admettre une maladie générale, et il reconnaît une maladie locale ou localisée. Appelé pour une indigestion, il découvre promptement qu'il s'agit de bien autre chose. Il croyait à une névrose convulsive; ce pourraient bien être des vers, une fièvre exanthématique, l'effet d'une mauvaise dentition. Naturellement l'examen a pris alors une autre direction, et l'attention se concentre sur les phénomènes qui ont été découverts.

Des questions de détail accompagnent cette investigation. Elles ont pour but de s'assurer, au besoin, de la nature exacte de certains symptômes, de l'époque de leur apparition, de leurs changements et de leurs progrès.

Après l'examen, le moment de l'interrogatoire sérieux est arrivé. Les premières questions ont pour but d'obtenir les renseignements complémentaires des faits observés, considérés dans leur ensemble, dans leurs rapports réciproques. On s'assurera du commencement précis de la maladie, des événements notables qui en ont marqué le cours, et dont les principaux sont les paroxysmes, les apaisements, les intermittences, chaque chose étant mise à sa place chronologique.

On continue par les questions relatives à la recherche de la cause. Éclairé par ce qu'il a vu, par ce qu'il sait déjà sur la constitution médicale régnante, le praticien est plus que jamais en mesure de tirer parti des notions du passé relatives aux maladies antécédentes, au tempérament, à l'hérédité, au genre de vie, à la profession, aux provocations morbifiques qui ont agi sur le sujet.

Cet interrogatoire, comparé à la conversation du début, en diffère essentiellement. Les rôles sont intervertis. D'abord le malade avait librement la parole. Cette fois le praticien prend décidément la direction de l'enquête, qu'il conduit à son gré, en vue de la vérification de son hypothèse. Tel symptôme subjectif, tel événement accompli, dont on n'a pas parlé, lui paraissent probables; il questionne dans ce sens. Souvent il rencontre juste et obtient ainsi l'appoint qui lui manquait. Une précaution nécessaire à l'égard de certains malades trop faciles, est de ne pas abuser de l'influence qu'on a sur eux, sans quoi on s'expose à n'avoir que des réponses inexactes; soit parce que l'affirmation du praticien ne permet pas de croire qu'il y en ait d'autres possibles, soit parce que les réponses provoquées sont faites pour en finir et par lassitude.

Cet interrogatoire, bien conduit, donne des fruits abondants. L'examen a fourni sur la maladie des matériaux que le praticien doit à lui-même. L'investigation, partant de faits incontestablement réels, ne s'égare pas, se fait en peu de temps, sans rien oublier. D'un autre côté, le malade se voyant éclairé, deviné, prend confiance dans la capacité de son guide, et se résout sans peine à lui accorder l'obéissance, le concours nécessaires.

L'opération entière comprend donc trois temps : 1° préparation, coup d'œil enveloppant le malade et ce qui l'entoure, récit dans lequel le malade parle selon ses libres inspirations; on dégrossit alors la matière avant de la traiter à fond; 2° examen personnel; 3° interrogatoire sur le passé du sujet et de sa maladie. Dans la première période, le médecin peut se montrer homme du monde, sans inconvénient et même avec avantage. Il est exclusivement médecin dans les deux autres, qui comprennent la partie sérieuse de sa tâche.

Je n'ai pas besoin de dire qu'on n'est pas absolument emprisonné dans les divisions proposées. Au besoin, on passe de l'une à l'autre pour approfondir un point qui paraît le mériter. Parfois, quand l'interrogatoire, ce qui n'est pas rare, a donné une direction imprévue à la pensée, un nouvel examen est jugé nécessaire, au moins pour certaines régions qu'il convient d'étudier autrement et mieux qu'on ne l'a fait.

Une précaution que personne n'ignore, et qui est parfois négligée, consiste à ne pas prolonger l'examen et l'interrogatoire au-delà de la tolérance, des forces du patient. C'est toujours pour celui-ci une cause d'émotion et de fatigue, qu'il convient d'amoindrir autant que faire se peut. Le médecin engagé dans la recherche d'un diagnostic est exposé à se passionner contre les obstacles, à oublier le temps qui s'écoule, et par conséquent le malade. Certains procédés d'examen, percussion, etc., seront exécutés avec modération, et l'on ne laissera à découvert que les parties indispensables, chacune isolément et à son moment. Le vrai médecin est toujours sympathique, prudent et chaste, et s'efforce d'éviter à son client tout mal inutile.

Telle est la méthode la meilleure pour rassembler les matériaux qui, groupés ensuite selon leurs affinités, constituent les données d'après lesquelles on va des symptômes à la lésion, de la lésion à l'affection, en vertu des règles exposées plus haut.

Noublions pas que, pour les maladies chroniques surtout, il est plus d'une fois impossible d'arrêter le diagnostic dès le premier jour. Sachons attendre quand nous ne pouvons mieux ; mais multiplions nos recherches jusqu'à ce que la vérité soit suffisamment dévoilée pour instituer un traitement.

ARTICLE IX. — DIAGNOSTIC CHIRURGICAL.

Le fait essentiellement chirurgical est la maladie constituée par une lésion de structure, à laquelle on peut remédier au moyen de procédés agissant mécaniquement ou chimiquement. Ces lésions, comme ce qui est entièrement du ressort des sens et suffisamment accessible, sont diagnostiquées avec une certitude mathématique.

D'un autre côté, la preuve thérapeutique donnée par le chirurgien est à la portée de l'intelligence du vulgaire, tant est visible le rapport entre le remède et son résultat. Suffocation disparaissant grâce à l'enlèvement du corps étranger qui l'a produite; hémorrhagie arrêtée par la ligature du vaisseau blessé; luxation et retour à l'état normal après la réduction de l'os, etc., voilà des faits qui s'imposent à tout le monde, et l'homme le plus sceptique n'a aucun doute sur la justesse du diagnostic porté. C'est de pareilles observations qu'est née la pensée si répandue de la supériorité du diagnostic chirurgical sur le diagnostic médical. La majorité des intéressés l'a laissée s'établir et n'a rien fait pour la combattre. La thèse de A. Bérard sur les erreurs du diagnostic chirurgical a même produit un effet favorable en faveur des chirurgiens, en faisant considérer les erreurs possibles de ce diagnostic comme étant extraordinaires. Il est certain qu'un travail analogue à l'égard du diagnostic médical était parfaitement inutile : on ne sait que trop bien qu'on peut s'y tromper.

Il m'a paru utile de présenter quelques réflexions tendant à restreindre l'opinion dominante.

Règle générale, une intelligence médiocre suffit, il est vrai, à l'acquisition de ce qui, dans une maladie, est chirurgical. Avec des sens convenablement exercés, on est à même de faire le nécessaire aussi bien que qui que ce soit. Toutefois, il ne faut pas oublier que les sens ont, comme la raison, leurs distractions, leurs illusions décevantes, leurs impossibilités. Cette vérité est surabondamment prouvée par les observations consignées dans la

thèse de A. Bérard, lesquelles pour la plupart ont été empruntées à la pratique des plus grands maîtres.

S'il y a des diagnostics faciles en pathologie externe, il y en a aussi en pathologie interne. On reconnaît une fièvre d'accès, une rougeole, une variole, etc., simples, régulières, aussi aisément qu'une fracture, qu'une luxation, etc. Je mets en regard des fièvres d'accès, des rougeoles, etc., qui sont douteuses, certaines fractures, certaines luxations, etc., qui ne le sont pas moins. En somme, les cas ne sont pas rares où une lésion de structure échappe au chirurgien le plus sagace, le plus habile, le plus attentif.

Par suite des exigences du traitement chirurgical, la lésion de ce nom doit être connue dans tous ses détails de forme, de siége, et cette nécessité ajoute beaucoup de difficultés. Il ne suffit pas de diagnostiquer une imperforation de l'anus, il faut savoir jusqu'à quelle hauteur elle s'élève, sans quoi l'opération se fait en aveugle. On constate une exophthalmie : rien de plus aisé. Mais quelle en est la cause matérielle, et sur quoi faut-il agir? Voilà la vraie question diagnostique, et on n'est pas toujours en mesure d'y répondre. On sait qu'une tumeur est d'une nature telle que son ablation est indiquée. Mais jusqu'où s'étendent ses racines, et pourra-t-on aller jusqu'au bout? Combien de fois, faute de renseignements assez précis, a-t-on renoncé à une opération possible ou entrepris une opération irréalisable !

Pour le traitement médical, un diagnostic aussi minutieux n'est pas, à la rigueur, aussi nécessaire. On peut traiter convenablement une affection inflammatoire, catarrhale, intermittente, sans savoir au juste tous les détails de la localisation, et même en ignorant le siége précis de cette localisation. L'action du remède dynamique prescrit à propos arrive, par une espèce d'élection, à toutes les parties malades, reconnues ou non reconnues. Il n'en est pas ainsi du remède chirurgical, qui est autrement exigeant, ainsi que nous venons de le voir, à l'endroit du diagnostic.

En outre, et cette réflexion est importante, si l'on entend exclusivement par *maladies chirurgicales* celles dans lesquelles il n'y a que des indications chirurgicales, le chiffre de ces maladies est singulièrement restreint. Presque toujours, notamment dans les traumatismes, il y a à compter avec des phénomènes dynamiques de réaction, de subaction, dont les indications sont remplies au moyen d'agents de l'ordre dit médicinal. L'appréciation de ces

phénomènes, présents ou probables, constitue un autre diagnostic inséparable de celui de la lésion mécanique. Cette double nécessité place fréquemment le chirurgien au milieu des plus grands embarras que l'on puisse rencontrer en pratique. Il me suffira d'en rappeler un exemple.

Soit un membre gravement blessé. Pourra-t-on conserver ce membre, ou bien faut-il amputer ? Question redoutable, à laquelle il est pourtant quelquefois indispensable de répondre dans un bref délai. Trop souvent, malgré l'examen le plus minutieux, le plus attentif, on ignore jusqu'où le délabrement a été porté. Je suppose cette connaissance acquise : peut-on prévoir assez exactement la nature, le degré des réactions qui surviendront, les tolérances, les intolérances ? Sait-on la somme de forces que le blessé pourra employer à la restauration ? Des deux fardeaux, quel est le plus lourd pour lui, celui de la plaie, celui de l'amputation ? J'ai vu les plus grands chirurgiens hésiter en pareille occurrence, reconnaître la nécessité de se contenter d'un diagnostic, d'un pronostic approximatifs, et s'abandonner aux hasards de l'inspiration. Des situations aussi embarrassantes se rencontrent fréquemment quand la question de l'opération est posée à propos de lésions produites ou compliquées par une maladie générale.

Enfin, il se rencontre, en médecine comme en chirurgie, des diagnostics d'opportunité qui, en l'état, sont impossibles ; témoin ces opérations exécutées dans les meilleures conditions apparentes, et qui suscitent des accidents formidables dans la partie ou dans l'ensemble.

Sans cesse le chirurgien est obligé de faire des appréciations de l'ordre de celles qui sont habituelles au médecin. Les blessés sont exposés à contracter les maladies en rapport avec leurs prédispositions, avec les influences morbifiques du dehors. Par la force des choses, toutes les difficultés inhérentes au diagnostic peuvent se trouver présentes, et alors la tâche du chirugien est ardue au plus haut degré.

En résumé : la certitude du diagnostic chirurgical n'est complète que pour la malformation simple entièrement accessible à nos sens.

Ce cas ne représente que l'exception ; le principal du domaine du chirurgien comprend des altérations du dynamisme, de véritables maladies. La connaissance de ces altérations ne peut plus

être mathématique comme celle d'un état matériel appréciable, et ne va pas au-delà de cette probabilité qui est pour nous la certitude. Le médecin et le chirurgien rencontrent les mêmes facilités, les mêmes difficultés, et sont exposés aux mêmes déceptions.

CHAPITRE II.

PRONOSTIC.

Le *diagnostic* et le *pronostic* ont entre eux des relations telles que les anciens les avaient réunis sous le nom collectif de *diagnose*. Tout pronostic a, en réalité, pour point de départ un diagnostic. L'avenir d'une chose est virtuellement contenu dans son présent; le pronostic est le diagnostic de l'avenir motivé par le diagnostic du présent.

Partout il y a possibilité d'un pronostic quelconque. Aucun fait n'existe à l'état d'isolement, il tient une place dans une succession, dans un système de faits où il est le produit d'une cause, et à son tour cause d'un autre effet. Quand les lois qui président à cette évolution sont nécessaires et connues, un anneau de la chaîne étant donné, on remonte jusqu'au premier ou bien l'on descend à volonté jusqu'au dernier, avec la certitude de rester dans la bonne voie. C'est ainsi que cela a lieu dans les sciences exactes, en astronomie par exemple. En médecine on n'a pas, il s'en faut, la même assurance, par suite de la contingence des phénomènes, par suite des lacunes, des obscurités que l'on rencontre toujours dans quelques points. Nous devons nous contenter de probabilités.

Un médecin ne prédit pas l'avenir pour faire étalage de sa science. Il a action sur le corps qui est le théâtre et l'auteur des événements prévus, et selon que ces événements lui paraissent favorables ou funestes, il s'efforce d'en favoriser ou d'en empêcher la production. Nos pronostics doivent donc être établis en vue de la thérapeutique. Sans eux, celle-ci serait livrée au hasard. En toute chose, a dit sensément le fabuliste, il faut considérer la fin.

Les pronostics sont faciles dans les maladies qui vont régulièrement vers la santé. Ils sont également aisés dans celles qui marchent fatalement vers la mort. Les difficultés se présentent dans les cas intermédiaires, où le bien et le mal sont mêlés dans des proportions très-variables.

Sans doute, la maladie et le malade ne font qu'un. Toutefois, pour procéder méthodiquement et ne pas affaiblir l'attention en la dispersant, il convient de séparer mentalement la maladie du sujet et de chercher à savoir ce que seront, dans l'avenir, d'une part la maladie, de l'autre le malade. La synthèse qui se fait ensuite se résume dans la réponse aux questions suivantes : Que deviendra la maladie avec un tel sujet ? Que deviendra le sujet avec telle maladie ?

La prévision des événements futurs de la maladie exige la connaissance de ce que la pathologie spéciale enseigne sur les mœurs et les allures de cette maladie. Pour certaines, le nom seul indique le dénoûment : malheureux, par exemple, s'il s'agit de la phthisie, de la rage, etc.; heureux, s'il s'agit d'une fièvre inflammatoire, d'un phlegmon, d'une rougeole, simples, etc. Les modalités propres au cas actuel (simplicité, complication, siége, étendue, degré d'intensité des lésions d'organe) permettent de donner plus de précision au pronostic et de le corriger au besoin.

Un livre tel que celui-ci ne peut passer en revue les divers pronostics se rapportant aux diverses espèces morbides. Je dois me contenter de formuler quelques règles d'ensemble. Je choisirai celles qui me paraîtront les plus générales et en même temps les plus utiles. Il sera question, en premier lieu, des pronostics qui se tirent particulièrement des circonstances appartenant à la maladie.

D'ordinaire, la durée des prodromes est en rapport avec celle de la maladie. De longs prodromes annoncent une maladie longue, et réciproquement.

Une invasion violente n'est pas toujours suivie d'une maladie grave; cela s'observe notamment dans plusieurs cas de fièvre exanthématique, de névroses, qui débutent avec un appareil en apparence formidable et dont la suite est régulière et bénigne.

Le danger immédiat est grand lorsque l'augment se précipite avec la même véhémence que l'invasion.

La mort est à craindre quand le mouvement de concentration qui a lieu au commencement de toute maladie aiguë se continue et s'accroît sans signe de réaction. Le mal est dit alors *sidérant*. Il faut, pour qu'une maladie guérisse, que l'effort morbide se porte de dedans en dehors. Tout étant égal d'ailleurs, les localisations périphériques sont avantageuses, et l'inverse entraîne des conséquences redoutables.

On doit se méfier de toute maladie dont l'évolution diffère notablement de l'évolution normale. Telles sont, par exemple, l'intermittente qui devient continue, la phlegmasie qui suppure dès le principe, la pneumonie sans dyspnée, sans toux, sans crachats, sans fièvre, et qui n'est révélée que par le stéthoscope et la percussion. Les apparences peuvent être bonnes ; le péril n'en est pas moins réel.

Un grand calme survenant brusquement après des scènes morbides d'une violence extrême, est de mauvais augure. Cela annonce une profonde adynamie, la paralysie, la gangrène des parties qui sont le siége du mal. Pendant que le malade et les assistants reviennent à l'espérance, le médecin prend l'alarme, et l'altération des traits, indiquant une mort prochaine, ne tarde pas à confirmer son pronostic.

La croissance des phénomènes de la maladie ne doit pas inspirer de craintes particulières lorsqu'elle est dans l'ordre des faits constituant normalement cette maladie. Évidemment, un paroxysme dans une fièvre rémittente, une attaque d'asthme, d'épilepsie, etc., n'ont en soi aucune autre signification que celle qui se rattache à l'état morbide dont ils sont la manifestation. Il y a des aggravations dont il faut se réjouir, celles, par exemple, qui précèdent les crises et qui sont nécessaires à leur réalisation complète, celles qui viennent de l'action énergique de médicaments pourtant salutaires au moment même : belladone, sulfate de quinine, etc., à hautes doses. Les occasions sont nombreuses où le praticien, rattachant le présent à l'avenir, dissipe par ses paroles des appréhensions qui paraissent cependant fondées aux yeux des personnes étrangères à la science.

Les symptômes qui pendant le cours d'une maladie révèlent la lésion d'un organe important resté sain jusque-là, sont des signes fâcheux. Toutefois on note ici de nombreux degrés. Le délire, par exemple, bien qu'il indique l'intervention morbide du cerveau, est un fait presque insignifiant et qui ne tire pas à conséquence chez les sujets de qui l'on sait par expérience qu'ils délirent à l'occasion de la moindre fièvre. Le délire peut être le produit d'une altération légère et purement fonctionnelle du cerveau. Alors il dure peu ; la marche régulière de la maladie n'est pas dérangée, et cet épiphénomène laisse le pronostic tel qu'il était. Hors de cette circonstance, la lésion cérébrale amenant le délire

est un événement sérieux, moins grave lorsqu'elle est sympathique et constituée par une simple suraction, plus grave lorsqu'il y a hyperémie, très-grave enfin lorsqu'un travail plastique morbide (phlegmasie ou autre) s'accomplit au sein de l'organe. Dans ce dernier cas, la lésion cérébrale est devenue indépendante de la provocation qui l'a suscitée; elle existe par elle-même, elle est idiopathique et au plus haut degré dangereuse. Les praticiens savent qu'il existe une espèce de délire appelé d'*inanition,* parce qu'il dépend du défaut de nourriture, et qu'on le guérit en alimentant le malade. Quand la nature spéciale de ce délire est reconnue à temps, on peut assurer sa disparition prochaine et la guérison.

L'efficacité des agents thérapeutiques dont on dispose diminue la gravité du pronostic. Certainement un sujet atteint de fièvre intermittente pernicieuse inspire les plus sérieuses inquiétudes; mais, grâce au spécifique, il est permis d'espérer de le sauver. Un semblable espoir est justifié, et pour les mêmes motifs, à l'égard d'un individu en proie à une cachexie syphilitique même avancée. Le fait d'une apoplexie sanguine est très-grave; toutefois la saignée opportunément pratiquée peut faire tout disparaître en peu de temps, lorsqu'il n'y a que fluxion, sans hémorrhagie.

Par contre, le pronostic s'assombrit quand les ressources thérapeutiques sont jugées peu efficaces. Il est inutile de citer des exemples, tout le monde en connaît.

Le pronostic est fâcheux lorsque les remèdes ne produisent pas leurs effets par suite de l'inertie du corps vivant : vésicatoires, sinapismes ne provoquant aucun résultat sur le lieu de l'application; narcotiques, excitants énergiques passant inaperçus, etc. Les cas de ce genre annoncent un abaissement tellement profond des facultés sensitives et motrices, qu'il laisse peu d'espérance.

Ne confondons pas ces faits dans lesquels le corps vivant est vraiment insensible à l'égard du médicament, insensibilité qui du reste est révélée par d'autres symptômes, avec ceux où le médicament toléré est non-seulement senti, mais l'est de manière à amener l'effet thérapeutique. Nous verrons plus tard que lorsqu'il s'agit de médicamentations altérantes, l'effet thérapeutique le plus heureux peut se préparer silencieusement. Il y a alors une véritable incubation, courte dans les maladies aiguës, pouvant être très-longue dans les maladies chroniques. L'absence même pro-

longée des signes qui indiquent l'action du remède n'autorise donc pas toujours à nier cette action et à mal augurer. Il est bon que les mutations préparatrices de l'effet thérapeutique et les mutations qui ont suscité l'effet morbide, soient dans le même rapport de durée; la guérison est plus complète et plus solide.

Le pronostic des maladies dépendantes, réactives, subactives, se règle d'après la facilité ou la difficulté qu'on aura à faire disparaître la cause provocatrice à laquelle leur sort est attaché. Il faut aussi tenir compte des lésions d'organe considérées en elles-mêmes, et ne pas oublier que, passé un certain temps d'opportunité, il est trop tard pour obtenir la guérison au moyen de la simple suppression de l'agent provocateur. A cette époque, les dégradations anatomiques sont assez avancées pour exister par elles-mêmes. Elles sont donc devenues indépendantes, idiopathiques, et doivent être traitées comme telles. Naturellement leur pronostic varie selon leur nature, leur siége, selon les progrès qu'elles ont accompli.

Il est néanmoins d'expérience qu'une maladie provoquée est moins dangereuse qu'une maladie spontanée. Ainsi, tout étant égal d'ailleurs, une pneumonie, une pleurésie, une péritonite, etc., traumatiques, laissent plus de chances au sujet que ces mêmes maladies survenues sans provocation. Cela est dans l'ordre, car la spontanéité d'une maladie suppose une disposition vicieuse du sujet, qui n'existe pas lorsque cette maladie dépend uniquement d'une provocation. Le cas le plus grave se rencontre dans les maladies qui sont à la fois spontanées et provoquées : telles sont, par exemple, la méningite, la peritonite tuberculeuses. Ici, toutes les difficultés sont réunies : impossibilité d'agir directement sur la provocation, et nécessité de guérir à temps une affection grave et très-peu curable lors même que les circonstances sont favorables.

Dans les maladies aiguës, les prédictions relatives au résultat final ne sont jamais bien assurées. L'observation confirme journellement la vérité de ce précepte d'Hippocrate. Dans les maladies chroniques, il est plus aisé d'apprécier l'état de la sensibilité, des forces, et les pronostics sont relativement moins embarrassants.

L'état des forces et de la sensibilité est une considération majeure pour le pronostic, et que fournit l'étude spéciale du sujet.

Tout le monde n'est pas en mesure de mener à bien la même maladie. Chez tel individu dont les organes sont atteints d'une malheureuse susceptibilité, les opérations morbides pécheront par excès, provoqueront des complications qui rendront la guérison laborieuse ou impossible. D'un autre côté, les forces doivent être suffisantes pour fournir à la dépense extraordinaire imposée par la maladie. Sinon, celle-ci devient irrégulière et partant dangereuse.

Les anciens recommandaient avec raison l'étude des signes capables de renseigner le médecin sur la situation des forces. *Quæ vires sint?* était la question qu'ils se posaient en premier lieu. Cet important sujet sera traité dans le chapitre suivant.

Il ne suffit pas d'apprécier aussi exactement que possible la vigueur, les défaillances de la constitution. Les particularités du tempérament ont une signification dont le praticien profite pour le pronostic.

Plus un tempérament est prononcé, mieux il indique en ce sens.

Les maladies des sujets sanguins sont généralement véhémentes et courtes; les fluxions actives, les phlegmasies, y peuvent dépasser la mesure par leur intensité, par leur étendue. Nous avons dans la diète, dans les évacuations sanguines, de puissants moyens contre les éventualités qui constituent le principal du péril. L'activité morbide peut donc au besoin être ramenée au degré nécessaire à l'accomplissement des phénomènes médicateurs, et d'ordinaire la solution de ces maladies est prompte et heureuse.

Les maladies des sujets lymphatiques sont relativement modérées, mais elles ont le défaut de leur qualité. Leur marche est lente, parfois embarrassée. Les aiguës deviennent chroniques, et les chroniques sont particulièrement obstinées.

Les sujets nerveux donnent le spectacle de complications provenant de la facilité avec laquelle s'émeuvent leurs facultés sensitives et motrices. Ces complications portent atteinte à la régularité de l'évolution morbide ; leur mobilité, l'imprévu de leurs conséquences, ajoutent aux difficultés du pronostic. La vérité de ces faits est fréquemment constatée aujourd'hui, à cause de la multiplicité de tempéraments de ce genre qui sont le produit de notre civilisation. De tout temps les praticiens ont dû être réservés dans les pronostics concernant les maladies des femmes,

des enfants surtout, chez qui l'activité exubérante de l'appareil nerveux représente l'état normal.

On se rappelle ce que j'ai dit à propos des tempéraments hygido-morbides (tempérament fluxionnaire, tempérament hémorrhagique, etc.), à propos des tempéraments décidément morbides (diathèses). Dans des circonstances pareilles, chacun le comprend sans peine, la maladie peut être aisément poussée hors de la voie qui la mènerait à la guérison, et prendre les caractères de la prédisposition ou de l'affection dominante.

Quels que soient du reste les défauts du tempérament, une bonne constitution les corrige, si elle ne les fait pas disparaître à la longue. Tant que la constitution se maintient dans une heureuse situation, on peut au moins espérer la conservation de la vie et la prolongation de la lutte, si celle-ci doit aboutir à la mort.

Quand on connaît bien les forces du sujet, on est en mesure de décider si la maladie sera légère ou grave. Dans les deux cas, l'aspect des traits, l'attitude, le mode de fonctionnement des organes, indiquent l'absence ou la présence du danger. Les personnes que leurs fonctions appellent souvent auprès des malades (prêtres, gardes), acquièrent là-dessus une expérience dont les praticiens ont quelquefois lieu d'être surpris.

Nous devons peu compter sur un seul signe rassurant. Celui-ci est comme non avenu dans les cas où, en même temps, se manifestent plusieurs signes d'un ordre opposé. Pour que les signes favorables méritent confiance, il faut qu'ils persévèrent, qu'ils s'accentuent de plus en plus. Leur valeur est nulle quand ils paraissent pour disparaître bientôt. Ces préceptes, formulés déjà par Hippocrate, conservent toute leur vérité des premiers jours.

Le pronostic est l'œuvre la plus difficile de la pratique médicale. Pour y réussir, l'expérience, un grand talent d'observation sont nécessaires. Les plus habiles s'y trompent, et il leur arrive d'être déconcertés par une catastrophe ou par une guérison imprévue. A force d'exercice, les praticiens parviennent à concevoir et à formuler leurs jugements avec une rapidité singulière. Ces jugements sont toujours la conclusion logique d'un raisonnement que l'habitude a rendu facile, et dont les détails semblent inaperçus, parce que l'attention ne s'est arrêtée à aucun d'eux.

De pareilles sentences ainsi improvisées ne peuvent être défi-

nitives. Ce n'est qu'après un examen réfléchi et une appréciation comparative de chaque fait se rapportant à la maladie, au sujet, qu'il est permis de prendre un parti.

Gardons-nous de vouloir aller au-delà du possible. Quelques médecins s'exagèrent la puissance de l'art, et la leur en particulier. Ils ne se contentent pas des prévisions approximatives, qui le plus souvent sont seules permises dans les questions de vie et de mort. Ils annoncent avec assurance non-seulement la nature de l'événement, mais encore le jour, le moment précis de son apparition. Ces médecins courent alors après un succès d'amour-propre; leur bonne foi les sauve du reproche de charlatanisme. S'ils comptaient bien, ils s'assureraient que ce rôle de prophète est dangereux pour celui qui le joue, et n'est d'aucune utilité pour le malade. Mais ils conservent leur illusion, parce qu'ils ne se souviennent que des cas où, grâce au hasard, ils ont rencontré à peu près juste.

Une autre tendance dont il est bon de se méfier est celle qui nous porte à croire plutôt au mal qu'au bien, ou au bien plutôt qu'au mal. Nous sommes tous plus ou moins pessimistes, optimistes. Si nous laissons pénétrer cet élément étranger parmi nos motifs de jugement, nous risquons de faire pencher la balance de ce côté, et nous substituons à la vérité une impression toute personnelle de notre esprit. Notre profession est peut-être celle où l'on est le plus entraîné à commettre la faute que je signale.

Je termine ce chapitre par une remarque qui achèvera de faire connaître au lecteur ce qu'il y a de spécial dans la notion du pronostic. Les anciens étaient très-arriérés au sujet du diagnostic graphique, et cependant ils ont porté la science du pronostic à un degré auquel il paraît que nous ne pouvons pas atteindre. Depuis que l'opinion est favorable à ce qu'on nomme la médecine moderne, on publie peu de livres sur le pronostic, celui-ci est absorbé dans le diagnostic anatomique, et les deux choses semblent devoir n'en faire plus qu'une désormais. Hippocrate et ceux qui ont conservé sa tradition entendaient le pronostic différemment. Ils prédisaient les événements d'après de purs symptômes, d'après l'état des forces, et ignoraient le plus souvent les lésions d'organe existantes. Il n'y avait que cela de possible pendant la longue enfance de l'anatomie pathologique; mais on s'y attachait avec zèle. Les ouvrages de cette époque sur le pronostic sont nombreux, et,

malgré leurs imperfections inévitables, ils comptent parmi les meilleurs. Rien ne peut les remplacer quand il s'agit d'apprécier les symptômes pouvant se rencontrer dans des cas divers, et ayant une signification commune en bien ou en mal. Le titre de l'ouvrage de Prosper Alpin *(De præsagienda vita et morte ægrotantium)* exprime exactement la pensée alors poursuivie. En un mot, les anciens ont fait de la séméiologie générale, tandis que les modernes restent cantonnés dans la séméiologie d'une lésion anatomique donnée. Cette différence est frappante lorsque l'on compare, par exemple, Hippocrate[1] et ceux qui ont suivi cette première direction jusqu'à Double inclusivement[2], avec les rares auteurs modernes, Dance[3], M. Piorry[4], etc., qui se sont occupés spécialement du pronostic. Les deux manières s'excluent-elles? bien loin de là, elles s'associent et se complètent.

Le praticien étranger au pronostic hippocratique s'expose à se trouver souvent au-dessous de sa tâche, car plusieurs lésions d'organe échappent à l'observation même la plus sagace. Dans ce cas, il faut se contenter des renseignements que l'on peut recueillir, et être à même d'en tirer parti. En outre, les lésions d'organe ne constituent pas la totalité de la maladie. Elles sont précédées, accompagnées et suivies par des faits extra-organiques dont l'appréciation est nécessaire.

D'un autre côté, la notion des mécanismes anatomiques, de leur marche, de leurs conséquences propres, est une source féconde en lumières pronostiques. Cette notion a révélé l'explication de la présence, de la valeur de plusieurs symptômes, et alors le pronostic, d'empirique qu'il était, est devenu rationnel, progrès considérable qui grandira proportionnellement à celui de l'anatomie clinique. Il y a donc là une portion importante de la vérité. Par conséquent, c'est être malheureusement inspiré que de supposer qu'il faut opter entre la manière ancienne et la manière moderne. L'idéal consiste à se perfectionner dans les deux, afin de suppléer par l'une ce qui manque à l'autre et de profiter des avantages que chacune présente.

[1] Hippocrate; *Aphorismes, Pronostics, Coaques, Prénotions.*
[2] Double; *Séméiologie générale.*
[3] Dance; *Guide pour l'étude de la clinique médicale,* ou *Précis de séméiotique.*
[4] Piorry; *Traité de diagnostic et de séméiologie.*

CHAPITRE III.

DE LA FACULTÉ MÉDICATRICE.

La part que le chimiste prend dans la formation d'un composé consiste à mettre convenablement en rapport les éléments de ce composé. La vraie cause génératrice du phénomène est l'affinité. L'artiste n'en remplit pas moins le rôle principal, car il gouverne l'opération à volonté. L'affinité lui obéit comme un esclave incapable d'opposer la moindre résistance, de faire autre chose que ce qu'on veut qu'il fasse. Le chimiste est donc, à bon droit, considéré comme l'auteur du produit. Il n'en est pas ainsi en physiologie. La force vitale exécute ses actes sans le secours du médecin, parfois malgré le médecin, et dans les cas où celui-ci concourt au résultat, il n'est qu'un auxiliaire et non plus un maître certain d'obtenir ce qu'il commande.

L'organisme vivant n'est pas inerte, comme le corps inanimé ; il tire de la spontanéité dont il est doué un haut degré d'indépendance, et il entre dans ses œuvres pour une part tellement grande qu'on peut dire que le principal lui appartient. Nous sommes simplement, par rapport à lui, des agents provocateurs. Nous n'agissons sur lui que par incitation ; il peut se passer de cette incitation. Il est donc, dans le sens attaché à ce mot, l'auteur des actes observés pendant la durée de son existence. Hippocrate s'exprime très-exactement quand il dit que le médecin traite les maladies et que la nature seule les guérit.

Puisque le corps vivant éloigné de la voie normale est susceptible d'y rentrer de lui-même, il faut qu'il possède la capacité de préparer et d'exécuter les choses nécessaires pour arriver à ce résultat. Ce pouvoir de substituer l'action hygide à l'action pathologique est le même, quant à sa fin, que celui par lequel le corps, en s'opposant aux causes qui tendent à lui nuire, se conserve bien portant.

Les actes de restauration sont nombreux ; les actes de conservation sont incessants, puisque la vie est impossible sans eux. Ils tendent à s'effacer et s'affaiblissent de plus en plus dans les maladies très-graves, dans l'agonie ; mais la mort seule les fait cesser complètement. On a tenu naturellement à les distinguer les

uns des autres, et l'on a rattaché les premiers à une faculté *médicatrice*, les seconds à une faculté *conservatrice*. Ces deux facultés ne diffèrent que par les moyens, hygides dans un cas, pathologiques dans l'autre. Elles n'en font qu'une, embrassant le même ordre de faits, ceux qui montrent le corps agissant pour se protéger contre ce qu'il rencontre d'hostile dans le milieu qui l'entoure et dans lui-même.

Il n'y a pas de limite précise entre le procédé de protection par voie hygide et le procédé par voie pathologique. Dans certains cas, ce sont des nuances telles qu'on ne sait si les phénomènes observés sont ceux de la santé ou ceux de la maladie. Fréquemment c'est la maladie, on n'en peut douter; mais, sauf la nature extra-hygide du procédé, tout se passe avec le calme, l'assurance, la régularité de l'opération hygide. Les deux facultés, conservatrice, médicatrice, se résument donc au fond en une seule, que M. Lordat a proposé d'appeler faculté *économique*.

Personne ne nie les faits que je viens de rappeler. Ils sont pour cela trop nombreux, trop patents, et pourtant certains médecins se refusent à admettre une faculté conservatrice et médicatrice. Celle-ci est, disent-ils, une conception de l'esprit inutile, dangereuse et inexacte. Examinons la valeur de tous ces griefs.

La faculté conservatrice et médicatrice est une conception de l'esprit. Je tombe d'accord là-dessus. Mais je fais remarquer que toutes les sciences sont constituées par des conceptions de l'esprit. Une science n'existe pas tant que nous nous bornons à constater, à enregistrer les faits sensibles. La science commence avec le travail auquel les observations sont soumises, et qui consiste à ramener à l'unité leur multiplicité diverse, en trouvant la qualité essentielle qui réunit chaque groupe et la loi qui les régit. Ces généralisations sont des idées, des conceptions de l'esprit, à la vérité desquelles nous devons croire fermement, lorsqu'une saine observation, une saine logique ont présidé au travail en question.

La faculté conservatrice et médicatrice est une généralisation vraie au même titre que l'attraction, par exemple. Ni l'une ni l'autre ne sont des réalités substantielles ; mais l'idée que je m'en fais est appuyée sur des observations incontestables, et son admission est d'une étroite nécessité. Qu'on n'objecte pas le chiffre considérable des faits prouvant que le corps vivant peut agir dans le sens de la destruction. Je reconnais la vérité de ce nouvel

ordre d'observations, et j'en tiens compte, comme je tiens compte de la répulsion, qui dans le monde physique est le contraire de l'attraction. Ces antagonismes ne sont nullement inconciliables; bien loin de là, ils sont la condition de toute existence créée. Sans eux on ne conçoit rien, hormis Dieu.

L'usage a voulu que dans l'ordre animé on appelât *faculté* ce qui ailleurs est *propriété*, et l'on dit très-justement *faculté conservatrice et médicatrice* pour désigner d'une manière générale les actes de la vie qui conservent, qui guérissent. Naturellement, pour étudier cette faculté, le médecin prend dans les événements qui s'accomplissent sous ses yeux ce qui aboutit à la conservation, à la guérison, en laissant provisoirement de côté ce qui a une tendance différente. Cette conduite est non-seulement louable, mais encore il n'en est pas d'autre possible; aussi est-elle pratiquée par tous les savants sans exception.

Les conceptions de l'esprit qui sont appuyées sur les faits sont donc légitimes et même indispensables. Celle de la faculté médicatrice est du nombre. Toutes peuvent être dangereuses, et elles le deviennent, en réalité, lorsque, par une extension abusive, elles n'ont plus prise sur l'observation, lorsqu'on met sur leur compte des phénomènes qui ne leur appartiennent pas. On commet cette faute si on ne voit dans toute maladie que des actes médicateurs.

Le corps, il ne faut pas l'oublier, est voué à la mort. Après son développement complet, il entre dans une période de décadence dans laquelle la faculté conservatrice s'affaiblit graduellement jusqu'à ce qu'elle arrive à être incapable de maintenir l'existence. Il faut donc admettre en nous deux pouvoirs : celui d'agir dans les intérêts de l'agrégat, celui d'agir dans le sens contraire. L'organisme le mieux doué, au moment même où il déploie sa plus grande, sa meilleure activité, est vulnérable d'une foule de manières. Telles causes sont trop énergiquement hostiles pour qu'il puisse leur opposer une résistance suffisante, et il en subit nécessairement l'empire. D'autres qui pourraient être éludées ne le sont pas : tel miasme, tel poison qu'un défaut d'absorption arrêterait au passage, sont reçus absolument comme s'il s'agissait d'une substance bienfaisante. Sont-ce là des objections valables contre la doctrine de la faculté conservatrice? Non certainement; ces faits prouvent, et voilà tout, que cette faculté ne s'exerce qu'à cer-

taines conditions, que l'organisme ne raisonne pas et agit aveuglément selon les lois spéciales auxquelles il a été primordialement soumis. Le corps vivant se protége ou se nuit. Cette double capacité ne peut être niée: à quelles conditions, quand et comment ont lieu l'action bienfaisante, l'action dangereuse? C'est au médecin à le savoir de son mieux d'après l'expérience, afin de régler là-dessus ses prescriptions.

Une École peu nombreuse, mais qui compte des hommes de mérite, considère la force vitale comme étant essentiellement conservatrice. Cette École ne conteste pas les faits contraires qu'on lui oppose ; elle prétend les expliquer en disant que les actes morbides les plus malheureux sont intentionnellement bons, et ne deviennent funestes que par suite de circonstances particulières qui les forcent à dévier. On pourrait aussi bien dire que tous les actes morbides sont intentionnellement mauvais, et qu'ils ne deviennent bons que par accident. Il n'y a pas plus d'intention d'un côté que de l'autre. Les actions vitales sont le produit d'un instinct aveugle. Le corps vivant, sans prévoyance aucune des conséquences, agit selon la structure, selon les facultés des parties dont il est composé; voilà ce qu'on trouve dans les faits, et pas davantage. Ainsi que l'a dit Hippocrate, la grande affaire du praticien est de savoir ce qui est utile et ce qui nuit. Le mot intention n'est pas plus applicable à la force vitale qu'à la force physico-chimique. A ce point de vue, le corps, en tant que vivant, et une machine, se ressemblent entièrement.

Comment, sans cesser d'être unitaire, le corps peut-il tantôt ouvrir la porte aux maladies, tantôt la fermer, tantôt se protéger contre elles, tantôt s'y abandonner jusqu'à la mort? Je ne me charge pas d'expliquer ces contradictions. Je me contente de dire que cela est ainsi en vertu de la nécessité universelle de cet antagonisme dont je parlais tout à l'heure. La vie est une espèce particulière d'unité qui a ses servitudes, ses défaillances propres. Méconnaître ses imperfections, l'assimiler plus qu'il ne convient à l'unité absolue, c'est s'en faire une idée de fantaisie et ne pas voir la réalité.

Rien de plus réel que l'effort médicateur et son efficacité. La nature vivante agissant dans sa spontanéité, nous a donné les meilleures leçons de thérapeutique. C'est parce qu'on a vu des hémorrhagies, des sueurs, terminer heureusement des maladies

inflammatoires, des maladies catarrhales, etc., que la règle de prescrire des saignées dans les premières, des sudorifiques dans les secondes, s'est établie. Cela est moins évident pour les maladies chirurgicales, parce que là les solutions spontanées sont beaucoup plus rares. Pourtant, en examinant de près, on s'assurera que les opérations chirurgicales sont l'imitation d'une opération analogue exécutée par le corps vivant lui-même dans quelques circonstances heureuses. Nous nous efforçons, dans bien des cas, d'imiter la nature qui la première nous a révélé les avantages de la méthode sous-cutanée, qui nous a appris les moyens de mettre un terme aux progrès d'un anévrysme, etc., etc. Lors même que la maladie ne peut pas guérir sans l'intervention de l'art, c'est toujours la nature qui fait la guérison; le médecin fournit seulement des provocations, des conditions favorables, soit qu'il prescrive un spécifique, soit qu'il affronte convenablement les lèvres d'une plaie, les extrémités d'un os fracturé, soit qu'il enlève une tumeur irrésoluble, etc.

La guérison est éminemment un acte de vitalité que, comme tous les autres, la nature seule peut réaliser. Au besoin, nous l'y incitons. Certaines conditions physiques, chimiques, préalables, qui lui sont interdites, sont nécessaires pour qu'elle opère convenablement; nous lui ménageons ce secours. C'est ainsi que nous suppléons à ses impuissances.

Embrassons d'un regard les principaux faits qui démontrent victorieusement le pouvoir que possède le corps de se protéger contre la maladie. Tantôt les actes médicateurs constituent la maladie entière : expulsion d'un corps étranger, plaie, fracture guérissant sans accident, etc. De toutes les maladies, ce sont celles qui ont le plus de ressemblance avec le fonctionnement hygide. Elles en diffèrent le moins possible. Le mal produit est d'origine extérieure. Tout ce qui appartient au corps vivant est œuvre de restauration.

Un accident se met-il à la traverse : s'il est de ceux que l'organisme peut combattre par lui-même, le travail restaurateur est retardé et reprend quand la complication n'existe plus. Tel est le cas d'une plaie qui s'enflamme et guérit par seconde intention.

La phlegmasie est un échantillon des nombreuses maladies que le corps vivant produit et guérit. Fréquemment la série des phénomènes constituant à la fois le mal et le remède, se déroule

avec une régularité parfaite. Il en est de même de beaucoup de pyrexies de cause interne. Ce sont là de vraies fonctions pathologiques témoignant manifestement, elles aussi, en faveur de la faculté médicatrice.

Ailleurs, la maladie abandonnée à elle-même ne guérirait pas; mais grâce aux secours actifs du médecin, les bons instincts deviennent possibles, se réveillent convenablement excités; à partir de ce moment, la période de restauration s'accomplit.

Parfois la maladie est incurable. L'incurabilité n'implique pas, il s'en faut, l'absence de toute action médicatrice. Une maladie ne dure qu'à la condition de quelque chose qui, pour un certain temps et avec plus ou moins de succès, s'oppose à sa marche envahissante, et plus elle dure, plus cette opposition est évidente. On observe dans les maladies diathésiques des actes de restauration partielle qui, s'ils n'arrêtent pas le mal, du moins le retardent. Il est tels cas de maladie chronique qui, par la modération, l'état stationnaire, l'appropriation des phénomènes morbides médicateurs, s'éloignent peu de la santé et en présentent les avantages, au moins au point de vue de la longévité.

Cela est l'exception. Le fonctionnement hygide le plus complet porte en lui un germe de décadence, il est condamné tôt ou tard à s'altérer. *A fortiori* doit-il en être ainsi du fonctionnement morbide, même le meilleur. Par ce fait qu'il est moins naturel que l'autre, il constitue un équilibre plus instable, plus caduc. Il perd aisément ses bonnes qualités, ses mauvaises s'exagèrent, et, de bienfaisant qu'il était, il finit par devenir pour l'organisme une cause de ruine.

Quelle que soit l'aggravation de la maladie, il ne faut pas absoment désespérer de la faculté médicatrice, surtout dans les cas aigus. Lors même que cette faculté n'a fait encore aucun effort appréciable, on observe parfois une révolution heureuse à la suite de laquelle des guérisons inespérées sont obtenues : bubons, parotides, éruptions, gangrènes, etc., critiques des maladies les plus dangereuses. On a vu des sujets réputés incurables, trouver leur salut dans l'intervention d'un mal qui semblait devoir porter le désordre à son comble et avancer le moment de la mort. C'est ainsi que, par suite de circonstances heureuses, une attaque de choléra épidémique a guéri une ascite jusque-là obstinée, qu'une vaste brûlure a dissipé une épilepsie, etc. Ces cas sont exceptionnels

sans doute ; mais ils doivent être conservés dans l'histoire de la faculté médicatrice, comme un spécimen de sa puissance possible. Ils contrastent avec les faits opposés où l'on voit le système céder jusqu'au bout, sans résistance, à l'influence d'un agent morbifique de peu de valeur. Évidemment une bonne situation des forces est une condition indispensable à l'exercice de cette faculté. Voyons quelles peuvent être celles de ces conditions principales que l'observation clinique a fait connaître. Elles comprennent l'état des forces, l'état des organes.

Le mot *force* s'entend ici du pouvoir que possède le corps vivant de résister aux causes morbifiques, de se protéger contre leurs effets. Ce pouvoir est susceptible de mesure. Un sujet est très-puissant en ce genre, un autre l'est moins, un troisième ne l'est pas du tout. On est fort contre telle cause morbifique, contre telle maladie ; on se trouve désarmé vis-à-vis de certaines autres[1]. La même personne peut, à des époques même peu éloignées l'une de l'autre, montrer une résistance puissante, médiocre ou nulle. Il est important de savoir le pourquoi de ces différences. On l'ignore souvent. Toutefois on est fréquemment en mesure de prévoir l'événement d'après les données suivantes.

C'est le bon état des forces *radicales* et non celui des forces *agissantes*[2] qui donne l'aptitude, la vigueur convenable, soit pour guérir, soit pour faire tolérer longtemps une maladie incurable.

L'habitude de certaines maladies à récidive rend leur évolution plus aisée, et en écarte les dangers. La répétition d'une synergie qui ne pèse pas trop fortement sur les organes, prête à ses mouvements plus d'assurance et de régularité. Tant qu'un valétudinaire ne sort pas du cercle de ses maladies habituelles, on peut généralement compter sur un dénoûment satisfaisant. L'habitude émousse la sensibilité et la rend plus tolérante ; de là, l'absence des perturbations sympathiques, cause si fréquente de l'aggravation des maladies.

Tout ce qui maintient la sensibilité dans ces qualités de modération (mœurs, profession, âge, tempérament), concourt à cet heureux résultat. Évidemment, dans les circonstances contraires, la répétition d'une maladie perd ses avantages.

[1] Voir les articles *Immunité, Susceptibilité morbides.*
Voir l'article *Constitution..*

Des organes bien doués au point de vue de la structure, de la conformation et des qualités dynamiques, sont une condition favorable. Une infirmité organique existe parfois chez un sujet vigoureusement constitué. Avec des précautions hygiéniques appropriées, l'inconvénient peut être mitigé, annulé. Mais si, par défaut de ces précautions ou malgré elles, la partie infirme devient malade, cette infirmité oppose un obstacle aux efforts de la faculté médicatrice, et l'opération morbide sera laborieuse. Quelque forte que soit la constitution du sujet, s'il est porteur d'un emphysème considérable du poumon, un catarrhe pulmonaire deviendra chez lui une maladie longue et pénible. Les tissus de nouvelle formation, le cicatriciel par exemple, sont moins aptes que les autres à réaliser les scènes morbides dont ils sont le siége. Les chirurgiens savent qu'une opération y provoque plus facilement qu'ailleurs des phlegmasies de mauvais caractère.

Les maladies qui se déclarent peu de temps après la naissance tirent une partie de leurs dangers de cette circonstance que les organes n'ont pas encore atteint leur développement complet. De même aussi, chez les vieillards, la détérioration normale des organes est une des causes de la gravité des maladies qui surviennent alors.

Il faut savoir que telles parties, même à l'état hygide parfait, se prêtent moins bien que les autres à la marche régulière de certains actes morbides : telles sont, par exemple, les parties composées de tissus fibreux entrelacés de vaisseaux et de nerfs nombreux. Quand l'inflammation envahit ces tissus, leur texture serrée donne lieu à des douleurs aiguës, à l'étranglement et à ses suites fâcheuses.

D'autres exemples seraient inutiles; reconnaissons donc que la faculté médicatrice peut rencontrer des obstacles ou des facilités, selon que les organes malades sont plus ou moins aptes à réaliser ses opérations bienfaisantes.

ARTICLE PREMIER. — ACTES MÉDICATEURS.

Ils sont toujours synergiques. La synergie médicatrice doit être distinguée de la synergie dont les actes sont coordonnés pour faire le mal. La synergie médicatrice, sauf les moyens qui sont différents, a le même but que la synergie hygide : la conservation du

sujet. De part et d'autre on observe une série de mouvements proportionnés et réglés pour une fin utile. La ressemblance est frappante entre les maladies qui évoluent franchement dans le sens de la guérison et les opérations de la santé. C'est là que l'action hygide et l'action pathologique se confondent, parce que leurs procédés sont aussi peu éloignés que possible. Pour ce motif, plusieurs praticiens appellent ces maladies *fonctionnelles*, le mot fonction étant entendu comme exprimant un concert d'actes conservateurs.

Certaines maladies rappellent d'un bout à l'autre les allures d'une fonction : telles sont une plaie, une fièvre exanthématique, simples, sans perturbations sympathiques ; d'autres ne prennent le caractère de la fonction qu'à tel moment de leur durée. Toute guérison est le produit d'une synergie fonctionnelle.

Beaucoup de praticiens pensent que le chiffre des maladies fonctionnelles a diminué : c'est mon opinion. Le genre de vie, les mœurs de notre époque, ont donné à l'appareil nerveux une prépondérance qui dispose aux sympathies morbides, lesquelles, on s'en souvient, sont une des causes puissantes de la perturbation des synergies. Dans notre civilisation, si favorable au développement précoce de l'intelligence et de la vie extérieure et agissante, on néglige par trop les moyens propres à invigorer le corps : de là, tant de constitutions débiles, autre obstacle à la régularité de la marche des maladies. Enfin, on peut invoquer encore les fâcheux effets des doctrines médicales régnantes qui sont contraires au dogme de la faculté médicatrice et conduisent à une thérapeutique impatiente et active hors de propos. Jadis, et surtout aux temps de la médecine grecque, les corps étaient plus vigoureux, et la nature, plus riche en instincts médicateurs, pouvait développer ces derniers avec moins d'entraves.

Tous les processus hygides, pathologiques, sont susceptibles d'être médicateurs. Leur succès dépend de l'opportunité, de la mesure, de la direction. Celui qui a fait le bien dans telles circonstances données, devient funeste dans des circonstances différentes. Cette vérité ressortira, je l'espère, clairement de l'examen auquel je vais soumettre les principaux moyens mis en œuvre par la faculté médicatrice.

§ I. Absorption.

Tout tissu, par cela seul qu'il vit, a le pouvoir d'absorber. La présence d'un réseau vasculaire abondant facilite l'exercice de l'absorption, et, dans les organes ainsi pourvus, elle se fait plus vite. Elle est autant nécessaire à l'accomplissement des fonctions hygides qu'à celui des fonctions pathologiques. Sans elle, la respiration, la digestion, la nutrition, la sécrétion, seraient impossibles.

En pathologie, l'absorption débarrasse les tissus fluxionnés, engorgés, enflammés, indurés, etc., des matériaux qui en altèrent la structure. L'absorption peut s'attaquer avec succès aux substances les plus dures, aux os eux-mêmes, aux corps étrangers, quelle que soit leur densité : gravier, grain de plomb, balle, pointe d'une aiguille, d'un couteau à cataracte, etc. C'est une erreur de croire que toute matière absorbable doive être soluble ; il suffit qu'elle puisse être mécaniquement ou chimiquement désagrégée.

L'absorption a des usages médicateurs si nombreux, que J. Hunter l'a appelée le *chirurgien de la nature ;* que Maunoir a pu dire qu'un progrès immense se ferait en chirurgie le jour où l'on connaîtrait les moyens d'activer ou d'atténuer, à volonté, les fonctions absorbantes de nos parties.

Il n'en est pas moins vrai que l'absorption agit souvent d'une façon très-opposée aux intérêts de l'organisme, lorsque, par exemple, elle y introduit un virus, un miasme, un poison. Il y a tout au moins autant d'absorptions malfaisantes que d'absorptions utiles. Avant tout, il faut donc connaître les lois de l'absorption, afin d'y conformer l'intervention de l'art.

§ II. Opérations plastiques.

Le corps vivant, spontanément ou après provocation, modifie la substance des organes de manière à les rendre plus ou moins impropres à leurs fonctions : de là, des infirmités, des maladies, la mort. Le fait le plus manifeste, le plus saillant de la vieillesse, est une dégradation de ce genre qui s'opère progressivement; par conséquent, il est impossible de soutenir que tous les changements organiques dont le corps est l'auteur ont un but de conservation. L'opinion inverse serait également déraisonnable.

L'action plastique pathologique est fréquemment un moyen de guérison. C'est elle qui restaure les parties traumatiquement altérées, et, dans les cas les plus heureux, ses procédés sont à peu près les mêmes qu'en physiologie hygide, en embryologie. Ailleurs, ils ont un caractère manifestement pathologique. Combien de phlegmasies, de suppurations, d'ulcérations, d'hémorrhagies, de sécrétions morbides, de gangrènes même, etc., qui sont salutaires ! N'est-il pas naturel que la guérison des maladies dont le fait initial est une altération de la plasticité, exige l'emploi de moyens appropriés à ce genre de lésion, et de même ordre, quoique ayant une fin différente. La période de restauration appartient à la maladie comme la période de déviation. Tout, dans une phlegmasie, dans une fièvre : actes pernicieux, actes médicateurs, constitue une seule et même opération dont le commencement éloigne les parties de l'état hygide et dont la fin les y ramène.

L'action plastique médicatrice est évidente dans les régénérations des tissus détruits par accident ou par maladie, et moyennant lesquelles des fonctions disparues sont réintégrées. C'est elle encore qui préside aux changements qui rendent une partie apte à fonctionner autrement qu'elle ne le faisait auparavant. Le tissu cellulaire, par exemple, se transforme en tissu fibreux, pour constituer une ankylose terminant heureusement une tumeur blanche ; les parties en rapport avec un os luxé se modifient de manière à former une fausse articulation, laquelle, malgré ses imperfections, constitue, dans certains cas, un véritable bienfait.

A côté de ces actes médicateurs je place ceux dans lesquels une partie devient capable d'ajouter à sa fonction celle d'une partie congénère mise hors de service. Tels sont les cas où des artères, des veines, des nerfs, agrandissent la sphère de leur action et parviennent à suppléer à ce que d'autres artères, d'autres veines, d'autres nerfs, ne peuvent plus faire.

Il m'est interdit de passer en revue les avantages possibles de chaque acte morbide : phlegmasie, ulcération, hémorrhagie, etc. Il me suffit d'avoir établi que chacun d'eux peut servir pour la guérison ou l'allégement des maladies. Je trouve bon pourtant de fixer sur l'un d'eux une attention spéciale. Sa fréquence et les controverses dont il a été et dont il est encore l'objet, au point de vue qui m'occupe, justifient cette exception.

§ III. Utilité de la fièvre.

Jusqu'au commencement du présent siècle, l'utilité de la fièvre avait été généralement acceptée. La doctrine organicienne, par la main de Broussais, a renversé cette opinion. Parler alors des avantages de la fièvre, était ressusciter un dogme décidément mort, tant on l'avait reconnu outrageusement faux. En 1820, une thèse remarquable par son étendue et par l'érudition dont son auteur y faisait preuve, fut soutenue à Montpellier sous ce titre : *Recherches pour servir à l'histoire critique et apologétique de la fièvre*. L'idée mère de ce travail n'avait jamais été abandonnée ici, et fut accueillie avec faveur. Elle provoqua ailleurs les sarcasmes les plus hostiles. L'auteur, dans son enthousiasme juvénile, avait dédié sa thèse à la Fièvre, laquelle, d'après lui, avait guéri son père d'une maladie grave, et il proposait, à l'exemple des anciens, de diviniser ce précieux remède et de lui élever un autel. Dans les journaux du temps, on s'égaya beaucoup à ce sujet. Un autel ne suffisait pas, il fallait à la fièvre un temple construit avec les ossements de ses innombrables victimes, et les marais Pontins, de lugubre mémoire, furent proposés comme emplacement convenable.

Maintenant, grâce à l'état plus calme des esprits, les partisans de l'utilité de la fièvre peuvent espérer d'être écoutés. Toutefois ils ont encore à surmonter de grandes et nombreuses répugnances.

J'emploierai les arguments indiqués tout à l'heure. Je reconnais que, dans un grand nombre de circonstances, la fièvre est un instrument de mort. Les faits invoqués par les adversaires sont donc vrais. Mais les faits sur lesquels on s'appuie de l'autre côté, le sont également. En conséquence, on a tort si l'on soutient une thèse absolue. Le bien, le mal, peuvent venir de la fièvre, comme de tout autre processus pathologique ; elle est utile ou funeste suivant une foule de circonstances : opportunité ou inopportunité, intensité, état des forces, état des organes. Comme la phlegmasie, l'hémorrhagie, etc., la fièvre n'appartient pas exclusivement à la faculté médicatrice ; son apparition est parfois de très-mauvais augure. Il importe essentiellement à la thérapeutique que cette distinction soit admise.

L'utilité de la fièvre a été niée sous l'influence d'une erreur et

d'une confusion. L'erreur consiste à croire que la fièvre est toujours la conséquence d'une lésion locale. Ce principe est inexact, parce qu'il laisse de côté un grand nombre de faits. L'observation a surabondamment démontré que souvent c'est l'inverse qui a lieu. La fièvre apparaît d'abord, puis vient la lésion locale, la première étant visiblement cause, et la seconde effet. La fièvre peut être primitivement un effort de l'ensemble et persister jusqu'au bout avec ou sans localisation appréciable. Sans contredit, dans les cas de ce genre, les organes ne fonctionnent plus comme en santé, ils sont altérés dans leur activité ; mais cette altération n'est pas la cause initiale. D'ailleurs, le débat tel qu'il faut le poser dans l'espèce, n'est pas de savoir d'où vient la fièvre, mais d'apprécier expérimentalement ses inconvénients, ses avantages.

J'ai parlé aussi d'une confusion qu'il faut dissiper si l'on veut apercevoir la réalité des choses. Ceux qui nient l'utilité de la fièvre considèrent comme synonymes les mots *fièvre* et *fièvres*. Certes les fièvres intermittente, typhoïde, varioleuse, etc., sont funestes à l'humanité; j'accorderai même que toutes les maladies ont plus ou moins ce triste privilége, et cette concession n'introduira aucune lumière dans le débat actuel, qui consiste à rechercher si, la maladie une fois établie, la fièvre en favorise ou en contrarie la marche heureuse. Les *fièvres* sont des maladies affectives, ainsi nommées parce que la fièvre s'y rencontre communément. La *fièvre* n'est pas une maladie, c'est simplement un acte morbide, un des processus au moyen desquels des maladies très-diverses sont réalisées. En ce qui concerne les fièvres varioleuse, typhoïde, etc., la question est toujours celle dont je parlais tout à l'heure : la fièvre qui y figure en qualité d'acte morbide apporte-t-elle un secours, un obstacle ? Pour découvrir la vérité, il convient de séparer par abstraction l'acte fébrile des autres phénomènes avec lesquels il se trouve mêlé, de l'étudier ainsi en lui-même, afin de savoir quelle est son influence eu égard aux intérêts du sujet.

Les anciens n'hésitaient pas à reconnaître son rôle bienfaisant. Cette pensée était la conséquence logique de la doctrine, à la fois humoriste et naturiste, qu'ils professaient généralement. La fièvre, disait Sydenham, avec un assentiment alors unanime, est l'instrument dont la nature se sert pour séparer les parties impures du sang d'avec les parties pures. C'était une opinion établie que le

mot *febris* venait du verbe *februare,* signifiant purifier. Sans doute, les anciens, manquant des lumières de l'anatomie pathologique moderne, mettaient sur le compte de l'ensemble des mouvements fébriles de provenance locale, et se trompaient, ainsi que nous allons le voir, en attribuant à ces mouvements une tendance salutaire. Mais on aurait tort de croire que le mauvais côté de la fièvre leur avait entièrement échappé. Un mot de Celse, ce fidèle et élégant narrateur de la médecine de son temps, prouvera suffisamment qu'il n'en est rien. *Denique,* dit-il [1], *ipsa febris, quod maxime mirum videri potest, sæpè præsidio est.* Ce n'est pas certes là le langage d'un aveugle enthousiaste de la fièvre.

La fièvre tantôt favorise, tantôt entrave la solution des maladies. Voilà ce que disent les faits bruts. Efforçons-nous maintenant, par une saine interprétation de ces faits, d'en faire disparaître les contradictions apparentes et de préciser, dans l'intérêt de la pratique, à quelles conditions la fièvre est un objet d'espérance ou d'appréhension.

Souvenons-nous de la règle posée plus haut : tout acte médicateur fait partie d'une synergie tendant au rétablissement de la santé. La fièvre médicatrice doit donc être synergique. On connaît, grâce au secours de l'expérience, les maladies synergiques. Les unes ont ce caractère depuis le commencement jusqu'à la fin, et veulent être respectées. Les autres ne l'acquièrent qu'à une certaine époque de leur durée. J'ai dit ailleurs les signes généraux qui indiquent la présence, la survenance d'une synergie salutaire. La pathologie spéciale complète cet enseignement en ce qui concerne chaque espèce morbide.

Or, s'il est pratiquement démontré que la fièvre occupe une place dans ces synergies bienfaisantes, pourquoi ne pas croire à son utilité ? La fièvre est incontestablement favorable à l'éruption qui accompagne les fièvres exanthématiques. Presque toutes les synergies morbides que le praticien a appris à respecter, ont la forme fébrile. Les cas où la fièvre fait défaut, sont des exceptions que l'on n'aime pas à rencontrer, l'expérience ayant prouvé que la guérison est alors bien moins aisée. En somme, la fièvre est souhaitable dans toutes les maladies dont elle fait régulièrement partie et où elle concourt à leur évolution normale.

[1] Celse, *De re medicâ,* lib. III, cap. 8.

L'apparition de la fièvre ou son accroissement coïncident souvent avec les changements heureux que l'on observe dans le cours des maladies sérieuses. Cela est frappant, facile à comprendre, quand, par défaut de ton, la marche des phénomènes est languissante ; visiblement alors la fièvre donne à la maladie l'activité nécessaire pour arriver à bonne fin. Ce caractère se rencontre dans les fièvres muqueuses. Rœderer et Wagler l'ont amplement observé pendant l'épidémie de ce genre qu'ils ont décrite. Il est admis, depuis Hippocrate, que généralement l'aggravation de la fièvre donne le signal des crises.

Dans toutes les épidémies graves, la forme fébrile laisse quelque espoir. Les cas les plus meurtriers sont apyrétiques. Si l'on compare les dangers de la période algide à ceux de la période fébrile du choléra, on reconnaîtra sans peine que les seconds sont moins redoutables. Tous les praticiens en sont convaincus, car ils s'attachent unanimement à provoquer la réaction, c'est-à-dire à transformer un choléra apyrétique en choléra fébrile.

Les maladies aiguës guérissent plus promptement que les autres, et comme elles sont presque toutes fébriles, nous sommes autorisés à croire qu'elles doivent cet avantage à la fièvre. On se rappelle qu'un des moyens de guérison des maladies chroniques est leur transformation en maladies aiguës. Une phlegmasie trop lente trouve sa solution quand elle devient plus active. Or la phlegmasie peut être justement assimilée à une espèce de fièvre locale.

Les névroses sont apyrétiques et, en même temps, peu aptes à marcher spontanément vers leur solution. Leur opiniâtreté est connue de tout le monde. C'est encore une loi Hippocratique acceptée par les praticiens, que les accidents spasmodiques cèdent sous l'influence de la fièvre : *febris spasmum solvit.*

Il y a donc lieu souvent de provoquer, d'activer la fièvre. L'excitation nervoso-vasculaire qui constitue cet acte morbide, devient nécessaire quand les mouvements normaux sont impuissants. Pour surmonter un obstacle extraordinaire, il faut un effort également extraordinaire.

La fièvre est, sans contredit, un acte pathologique. Mais autant et plus que tout autre processus morbide, elle se rattache aux faits de l'ordre normal. L'action pathologique procède de l'action hygide. Les deux sont le produit de la même force. La ressem-

blance est grande au voisinage du point de jonction, et les différences s'accusent à mesure que l'écart augmente. Tel mouvement fébrile rappelle si bien le fonctionnement hygide par la modération de ses symptômes, par son caractère d'utilité, qu'on ne sait de quel côté le classer. Telles sont les fièvres légères au moyen desquelles le corps se protége contre une cause malfaisante. Les épidémiographes ont constaté que pendant le règne d'une maladie populaire, la plupart des sujets préservés éprouvent une petite fièvre nocturne. Une fièvre modérée accompagne souvent le travail de l'acclimatation, de la puberté. Certainement ces fièvres remplissent un rôle salutaire dans l'épreuve que le corps vivant est alors appelé à subir. La fièvre de lait est sans conteste une fièvre synergique. Les phénomènes observés pendant la digestion ne sont-ils pas un diminutif de la fièvre ? On le voit, la fièvre peut agir *more hygido ;* pourquoi n'aurait-elle pas une efficacité semblable contre les vraies maladies?

Dans toutes les circonstances, si nombreuses, où il convient d'augmenter le ton de l'appareil nervoso-vasculaire, on provoque des phénomènes différant de la fièvre seulement par le degré, et il n'est pas rare que l'indication se présente de porter plus loin cette excitation, de manière à obtenir une fièvre complète.

Que les effets de la fièvre ne soient pas toujours bienfaisants, personne ne le nie. La fièvre synergique elle-même devient parfois malfaisante. Voici pourquoi et dans quelles circonstances.

D'abord, la fièvre synergique n'est pas toujours simple et se trouve entravée par son association avec une autre maladie.

La fièvre est un effort violent exigeant, pour être accompli, la coopération des organes premiers de l'innervation, de la circulation et des nombreuses parties qui en dépendent. Quand les forces sont mauvaises, la consommation qui s'en fait alors peut aller jusqu'à l'épuisement, et dans ces conditions le remède est pire que le mal. Dans une constitution affaiblie, une synergie qui apporte une aussi grande perturbation a des chances pour ne pas être convenablement soutenue, dirigée. Elle pèche par défaut, par excès ; la synergie dévie et n'a plus l'appropriation nécessaire pour atteindre le but médicateur. La fièvre provoquera peut-être alors dans les organes qu'elle entraîne le plus dans sa sphère d'action, des fluxions, des hémorrhagies, des phlegmasies, des suppurations, etc., qui aggravent la maladie. Si les forces sont dans une

situation convenable, une sensibilité trop facile à émouvoir donne au mouvement fébrile des proportions exagérées. Sous l'influence d'une fièvre même modérée, un organe infirme, outre mesure irritable, peut devenir le siége d'altérations morbides plus ou moins profondes. Dans tous ces cas, la fièvre nuit comme doit nuire un remède énergique qui serait mal appliqué. Qu'on ne l'oublie pas, la nature vivante obéit à des lois qu'elle ne connaît pas, et elle fait indifféremment, sans le savoir, le bien comme le mal. La fièvre synergique peut donc être funeste par accident, la fièvre sympathique l'est par nature.

La fièvre sympathique est celle qui naît en vertu d'une lésion locale. Une partie souffre, et cette souffrance passe par action réflexe, sympathique, aux organes nervoso-vasculaires, lesquels, ainsi provoqués, changent leur activité hygide en activité fébrile. Une fièvre pareille n'a rien de médicateur. Il faut se borner à souhaiter qu'elle soit tolérée, qu'elle n'exerce pas à son tour une influence néfaste sur l'organe primitivement malade, ou sur quelque autre. Quand ces conditions se réalisent, la fièvre sympathique n'ajoute pas de danger sérieux. J'estime même que sa présence ne doit pas inspirer de craintes au praticien, lorsqu'il s'agit d'une maladie normalement fébrile. L'absence de cette fièvre est une anomalie ; or, en pathologie, comme partout, l'anomalie dénote généralement une situation fâcheuse. Il est dans l'ordre, par exemple, que la phlegmasie d'un organe important allume la fièvre. S'il en est autrement, il y a lieu de redouter que la sensibilité, que la réactivité, soient au-dessous de ce qu'elles doivent être, ainsi que cela se rencontre chez les personnes affaiblies par l'âge ou par toute autre cause, et alors on doit mal augurer du dénoûment. Je sais qu'on observe parfois des lésions qui, d'ordinaire suivies de fièvre, guérissent naturellement sans son intervention. Il serait à désirer qu'il pût en être toujours de même ; mais ce serait vouloir que le corps vivant fût tout autre qu'il n'est en réalité. Les cas du genre de ceux dont je viens de parler en dernier lieu sont des exceptions inexplicables, et sur lesquelles on ne peut pas compter. Le plus souvent, je le répète, cette impassibilité extraordinaire implique une altération des facultés sensitives et motrices.

D'un autre côté, le diagnostic d'une lésion privée d'une partie des phénomènes qui l'accompagnent habituellement, devient difficile, et ces hésitations exposent à perdre un temps précieux pour

la thérapeutique. De même que la douleur, la fièvre donne l'éveil sur ce qui se passe dans les profondeurs de l'organisme, et a l'utilité du symptôme.

Toutefois, la fièvre sympathique, par écho de souffrance, en cela entièrement assimilable à la douleur, ne présente que les avantages indirects dont je viens de parler. En soi, elle est un mal trop souvent dangereux, toujours pénible. Moins il y en a, mieux cela vaut.

Une fièvre sympathique survenant là où elle ne devrait pas se trouver, se montrant hors de proportion avec la cause, est encore une anomalie, et par conséquent une chose au moins suspecte. Sa présence annonce alors que les conditions favorables à la meilleure évolution du mal primitif sont altérées. Il est d'expérience, par exemple, que les lésions tuberculeuses s'établissent d'ordinaire sans réaction fébrile; celle-ci, dans les cas où elle se manifeste, indique, ou bien que le mal local offre un degré particulier de gravité, ou bien que la susceptibilité du sujet est exagérée. Dans ces cas, la fièvre sympathique est l'indice d'une situation fâcheuse, ce qui assombrit le pronostic.

Si la fièvre synergique entraîne des dangers quand elle se complique, quand elle dévie, à plus forte raison doit-il en être ainsi de la fièvre sympathique. Tout le monde sait le péril des fièvres sympathiques du traumatisme, quand elles sont aggravées par une complication nerveuse ou autre. Ne l'oublions pas, toute fièvre existant chez un sujet affaibli, impressionnable, ne peut apporter que du mal avec elle. Dans les maladies chroniques avancées, l'apparition de la fièvre donne le signal de la période de décadence, de cachexie. Ici, tout espoir de restauration par une fièvre synergique est interdit.

Il y a donc, au point de vue des avantages et des inconvénients de la fièvre, nécessité de distinguer la fièvre synergique de la fièvre sympathique. La première seule remplit un rôle salutaire et mérite d'être considérée comme un des instruments de la faculté médicatrice. Certes, comme les meilleurs remèdes, cette fièvre peut être impuissante ou mal appliquée; mais il n'en est pas moins certain que les anciens avaient raison de croire à son utilité.

La fièvre sympathique, au contraire, ne contribue en rien à la guérison des maladies, et n'a que les inconvénients attachés à toute fièvre. Ce qu'on doit désirer en ce qui la concerne, c'est que

ces inconvénients soient assez modérés pour ne pas entraver la marche de la maladie et laisser au sujet les forces nécessaires pour arriver à une bonne solution.

Aussi, en présence d'un mouvement fébrile, le praticien doit-il se demander si cette fièvre est synergique ou sympathique. Ces deux éventualités peuvent se présenter pendant le cours d'une même maladie. A une fièvre d'abord synergique succède la fièvre sympathique provoquée par une localisation. Le caractère synergique peut revenir au moment de la crise.

Il n'y a pas de praticien qui ne distingue la première fièvre de la variole, de celle qui est sous la dépendance de l'éruption. Le traitement est essentiellement différent.

La fièvre dont l'expérience a démontré les avantages par rapport à la bonne évolution d'une maladie, doit être respectée, provoquée même, quand elle fait défaut. Elle exige toutefois une surveillance intelligente, afin qu'elle soit maintenue dans les conditions qui seules peuvent la rendre bienfaisante. J'ai dit plus haut les principales circonstances qui l'empêchent de parvenir à cette fin.

La fièvre sympathique n'ayant en soi que des inconvénients, on s'efforce de la prévenir, de l'arrêter, quand la lésion provocatrice est curable. Fait-elle partie de la forme générique de la maladie et est-elle inévitable, il faut chercher à la modérer, pour qu'elle nuise le moins possible.

CHAPITRE IV.

DE L'INCURABILITÉ.

ARTICLE PREMIER. — DE L'INCURABILITÉ EN GÉNÉRAL.

Dans le chapitre précédent, j'ai dû insister sur les bonnes tendances de l'économie malade, et ne parler que pour mémoire des tendances contraires. C'est une lacune qu'il est temps de remplir. La thérapeutique est intéressée à connaître, en même temps, la raison de ses succès et celle de ses insuccès.

Cura, d'où viennent les mots *curabilité*, *incurabilité*, signifie au propre, administration d'une chose, et dans l'espèce, *soin que l'on*

donne à une maladie, c'est-à-dire, *traitement de cette maladie*. C'est dans ce sens que Celse, qui connaissait certes la valeur des mots latins, emploie le mot *cura*. D'après l'étymologie, il n'y aurait donc point de maladies *incurables* : toutes, en effet, sont susceptibles d'un traitement quelconque, à moins qu'on ne range parmi les maladies la mort subite tout à fait imprévue.

Sanatio signifie *rétablissement* de la santé, *guérison*. *Sanabilis* se dit d'une maladie que l'on peut guérir ; *insanabilis* se dit d'une maladie que l'on peut traiter, mais qui résiste. Nous avons fait de *cura*, *cure*, et nous disons selon l'événement, *cure heureuse*, *cure malheureuse*. Nous avons traduit *sanatio* par *guérison*, et *sanabilis* par *guérissable*. Ce dernier mot est peu employé, et l'usage l'a remplacé par *curable*. *Inguérissable*, qui aurait dû logiquement être l'équivalent d'*insanabilis*, n'est pas français ; à son défaut, on dit *maladie incurable*, malgré l'impropriété étymologique de ce terme.

Évidemment nous avons donné aux mots *cure*, *curable*, une bonne partie du sens de *sanatio*, de *sanabilis*. Le mot *cure* tout court indiquant pour nous un traitement dont le succès est complet, il était tout simple que *maladie incurable* signifiât une maladie que nous ne pouvons pas guérir.

Toutefois *cure*, *guérison*, ne sont pas synonymes. *Cure* se rapporte spécialement à l'action du médecin, et implique qu'elle a été efficace. *Guérison* s'entend de tous les cas heureux, quelle que soit la part que le médecin ait prise dans l'événement. L'amour-propre aidant, nous avons supposé que les guérisons des maladies traitées par nous étaient dues à notre intervention, et instinctivement, pour mettre cette idée en relief, on en est venu à confondre la cure et la guérison précédée d'un traitement. De là, la déviation étymologique que j'ai signalée. Quoi qu'il en soit, *curable* est communément substitué à *guérissable*, et *incurable* a pris la place que la proscription du mot *inguérissable* avait laissée vacante.

Incurabilité, *incurable*, se disent donc des maladies qui ne peuvent pas guérir.

Existe-t-il des maladies incurables? Avant de répondre à cette question très-sérieuse, il faut distinguer. De quoi veut-on parler? Est-ce de tel cas individuel ? Il y a, ce n'est que trop vrai, des situations incurables, en ce sens que, dans l'état actuel de la

science, le médecin le plus habile ne pourra rendre la santé au sujet.

Considérons maintenant l'incurabilité à un autre point de vue. Ce n'est plus d'une maladie isolée qu'il s'agit, mais d'une espèce morbide. Y a-t-il des espèces morbides qui soient absolument incurables ? Non, répondent l'expérience et la raison. Je trouve, en effet, des cas de guérison dans les maladies qui sont réputées telles. On est généralement d'accord là-dessus, pour le cancer, la phthisie, l'épilepsie; on l'est moins pour la goutte, la rage, la morve, la paralysie générale des aliénés. Je conviens que les observations alléguées sont très-rares. Qu'importe, pourvu qu'une seule ait existé. Il reste, il est vrai, aux adversaires obstinés la ressource de nier la justesse du diagnostic, et de soutenir que les maladies guéries n'étaient pas la goutte, la rage. Je comprends la valeur de cet argument pour les cas où les caractères de l'espèce ont été douteux; mais quand l'observation reproduit le tableau complet des phénomènes qui caractérisent une espèce morbide, ce n'est plus la clairvoyance de l'observateur que l'on met en doute, c'est sa probité. Il est évident qu'alors on a pris le parti de poser comme un axiome l'incurabilité de certaines maladies. Avec une pareille prémisse, toute discussion devient impossible.

Or, c'est précisément cette prémisse que je conteste. Je la conteste avec des faits peu nombreux, sans doute, mais qui ont la même valeur que les autres faits. L'important est de les bien constater, et de s'assurer qu'ils ne reposent pas sur une erreur. La question de l'incurabilité, comme toutes les questions scientifiques, doit donc se résoudre au moyen des données de l'expérience. Qu'on soit sévère à l'égard des faits rares, rien n'est plus sage; mais lorsque, toutes précautions prises, on est obligé de les accepter comme vrais, les idées préconçues qui leur font obstacle doivent être abandonnées.

Remarquons que le diagnostic d'une maladie peut être sûrement établi avant le dénoûment heureux ou malheureux, et que, quel que soit ce dénoûment, la maladie n'en existe pas moins. Que demain, grâce à la découverte d'un remède approprié, la rage passe dans la catégorie des maladies curables, elle sera toujours la rage. Par conséquent, l'issue d'une maladie est un détail accessoire en présence de ceux qui constituent la maladie elle-même, et sans lesquels cette maladie n'existerait pas. Je conçois très-bien l'espèce rage, l'espèce goutte, abstraction faite de leur mode

de terminaison. Rage et guérison n'ont en soi rien de contradictoire, et si ces deux choses se rencontraient ensemble, il n'y aurait là rien d'antiphysiologique, rien d'inouï, car les annales de la science ont enregistré d'autres faits analogues.

L'incurabilité, de même que la curabilité, sont, dans une espèce morbide quelconque, ce que les philosophes appellent des *accidents* et non des *attributs*. Elles rappellent en cela la contagion, qui, ainsi que nous l'avons vu, peut exister ou ne pas exister, la maladie subsistant toujours dans ses parties essentielles.

En tout cas, et en supposant que telle maladie soit actuellement incapable de guérison, on n'a pas le droit d'engager l'avenir et d'affirmer qu'elle ne le pourra jamais. Donc, le principe de l'incurabilité absolue est insoutenable. Il y a loin de là à un axiome. Dire que certaines maladies sont aujourd'hui à peu près constamment incurables, c'est parler le langage de la vérité. Ériger l'incurabilité en loi inflexible, c'est méconnaître les ressources de la faculté médicatrice, c'est imposer à l'expérience des limites arbitraires, et introduire dans l'art un fatalisme dangereux.

Toutefois, l'incurabilité individuelle n'est que trop vraie, surtout pour certaines maladies. Il est bon d'en rassembler les traits épars, de l'étudier dans son ensemble et dans ses principales variétés. Cet examen intéresse au plus haut degré la thérapeutique. Le but de la médecine n'est pas exclusivement de guérir. Quand ce résultat est reconnu impossible, nous devons nous efforcer d'atténuer la douleur, de pallier le mal, de prolonger la vie, et alors le traitement présente de notables différences. J'entends dire trop souvent : Voilà une maladie incurable ; il n'y a rien à faire. Un médecin animé du véritable esprit de sa profession pensera tout le contraire. Bien plus, c'est de ce côté que doit porter l'effort principal du travail, afin de trouver le remède inconnu. Il faut le répéter constamment, car beaucoup de médecins paraissent l'oublier: le perfectionnement de la thérapeutique représente le progrès médical par excellence. Les médecins qui ont beaucoup vu et beaucoup lu, savent que les guérisons les plus extraordinaires sont possibles; ils craignent par-dessus tout de laisser échapper la plus petite chance favorable, et ils n'admettent de cas décidément désespéré qu'après examen bien réfléchi. D'ailleurs, ainsi que je l'ai dit, il y a toujours indication de prolonger les jours et même les moments du malade.

Ces réflexions justifient l'importance pratique que j'attache à l'étude de l'incurabilité.

Certaines maladies sont réputées incurables, mais ce n'est pas là tout mon sujet. A côté de ces maladies, il en est d'autres qui sont appelées *graves*, parce que fréquemment on en poursuit vainement la guérison. Enfin, beaucoup de maladies habituellement curables, ne le sont plus par suite de circonstances particulières qui leur donnent une gravité insolite. Tous ces cas font la matière du présent chapitre. Ils se relient entre eux par des nuances, en sorte qu'ils forment une ligne continue de faits semblables, malgré les grandes différences qu'ils présentent d'autre part ; ce sont ces différences qu'il convient de constater en premier lieu, afin d'établir les groupes les plus naturels d'incurabilité.

Il faut d'abord distinguer les incurabilités dans lesquelles les forces et les fonctions sont conservées, et qui n'ont lieu que faute d'une intervention thérapeutique appropriée, des incurabilités provenant d'un désordre irréparable dans les organes essentiels. Il y a une grande différence entre l'incurabilité des affections rabique, goutteuse, cancéreuse, à leurs commencements, et l'incurabilité dont je viens de parler en dernier lieu. Celle-ci a des conséquences fatales; l'autre intéresse bien autrement la pratique, car il est permis d'espérer que le progrès de l'art la fera disparaître. C'est principalement à l'étude de cette incurabilité que les pages suivantes sont consacrées.

Parmi ces incurabilités, les unes aboutissent à la mort.

Je les subdivise en celles qui sont prochainement mortelles et en celles qui sont mortelles à long terme.

§ I. Maladies incurables prochainement mortelles.

C'est le cas des maladies aiguës amenant promptement des altérations anatomiques ou dynamiques incompatibles avec la conservation de la vie. Le mécanisme de la mort est facile à concevoir. C'est un organe important mis hors de service en peu de temps, et rendu incapable d'apporter à la synergie vitale son concours nécessaire ; ou bien ce sont des intolérances sympathiques produisant dans l'ensemble une perturbation telle que le fonctionnement hygide devient impossible[1]. Telle est l'incurabilité des

[1] Voir l'article *Mort*.

affections rabique, morveuse, charbonneuse, de celles qui sont dites malignes, de celles qui s'accompagnent de phlegmasies polysplanchniques, diffuses, avec tendance excessive à la suppuration. La mort arrive par défaut de réaction dans les maladies sidérantes, par excès de réaction lorsque l'irritabilité du sujet est provoquée outre mesure.

§ II. **Maladies incurables mortelles à long terme.**

La maladie aiguë ne trouve pas dans l'économie les conditions qui en permettent la guérison; mais, par suite de l'apaisement des phénomènes, elle devient assez tolérable pendant un temps plus ou moins long pour que la mort soit ajournée. Telles sont les hépatites, les péritonites etc., qui succèdent, sous forme chronique, à l'hépatite, à la péritonite, etc., aiguës. Je rapproche de ces cas ceux dans lesquels la maladie laisse après elle des reliquats qui constituent des lésions trop souvent incurables : cirrhose du foie, dégénérescences diverses des organes, lésions organiques du cœur, des gros vaisseaux, épanchement irrésoluble du sang après l'apoplexie, etc. Enfin, la maladie mortelle à long terme est chronique dès son début: phthisie, cancer, etc.

§ III. **Maladies incurables non mortelles.**

L'incurabilité n'a pas toujours la mort pour conséquence. La vie persiste dans des conditions plus ou moins éloignées de celles de l'état hygide, tenant une espèce de milieu entre la guérison et la mort. La goutte, le rhumatisme, la gravelle, l'hystérie, etc., naturellement ou par suite de l'intervention de l'art, peuvent ne donner lieu à aucun accident mortel et persévérer presque indéfiniment; beaucoup de diathèses présentent des exemples où la vie pathologique et la vie hygide sont mêlées, la dernière étant en quantité suffisante pour maintenir l'existence. Aux yeux de quelques médecins, toutes les diathèses sont incurables et leur guérison n'est qu'un long assoupissement de leur cause. Quoi qu'il en soit, il importe de distinguer les cas où les symptômes de la maladie s'effacent et ne reparaissent plus, même dans la vieillesse la

[1] Voir le chapitre *Diathèse*.

plus avancée, de ceux où les phénomènes caractéristiques persistent, mais sont tolérés.

D'autres exemples de maladies incurables non mortelles sont fournis par les maladies locales qui restent stationnaires, se fixent sur un organe peu important, et éveillent peu d'accidents sympathiques. Tels sont certains kystes, certaines tumeurs indurées, fibreuses. La science possède des faits de cancer, de tubercules, ayant présenté le même privilége d'innocuité, et qui ont vieilli avec le sujet sans dommage sérieux pour celui-ci. Tout le monde sait que plusieurs malformations auxquelles la chirurgie ne peut remédier, persistent toute la vie sans autre inconvénient que celui qui résulte de l'imperfection de la fonction de l'organe lésé.

§ IV. Maladies habituellement incurables.

Les espèces aiguës réputées incurables sont la rage, la morve, la fièvre charbonneuse, la maladie dite résorption purulente, les intoxications par des poisons, par des venins énergiques ou à hautes doses. Les espèces chroniques suivantes passent pour être incurables : paralysie générale des aliénés, phthisie pulmonaire, cancer, angine de poitrine, goutte, pellagre, lèpre, épilepsie constitutionnelle, démence, idiotie. Les kystes, les productions graisseuses, fibreuses, osseuses, pierreuses, ne sont pas ordinairement curables, à moins que la main du chirurgien ne puisse les atteindre. Quant aux affections nommées tout à l'heure (goutte, phthisie, etc.), nous sommes autorisés à croire qu'il est au moins possible de les guérir, surtout quand elles sont traitées convenablement dès leur début.

Il suffit de songer aux faits qui démontrent incontestablement que des plaies du cœur, du cerveau, ont été suivies de guérison, pour comprendre combien il est difficile de former un groupe de lésions chirurgicales incurables. Tout ce qu'on peut dire théoriquement, c'est que les lésions suivies irrévocablement, sans espoir de retour, de l'arrêt d'une fonction nécessaire (innervation, circulation, respiration), sont nécessairement mortelles. Le diagnostic est facile en présence des signes d'une mort prochaine. Il ne faut pourtant pas trop se hâter, car l'événement pourrait nous convaincre d'erreur. Les médecins légistes sont très-réservés quand il s'agit de dresser la liste des blessures inévitablement mortelles.

Je viens de constater les principaux faits d'incurabilité ; mais le point important par-dessus les autres est d'en énoncer la raison d'être, les conditions, les lois, d'en faire, en un mot, une théorie pratique propre à nous éclairer autant que possible sur la nature des indications à remplir pour prévenir et traiter l'incurabilité. Nous connaîtrons alors les ressources thérapeutiques dont nous disposons actuellement, et celles qu'il faut demander à l'avenir.

ARTICLE II. — THÉORIE PRATIQUE DE L'INCURABILITÉ.

Jusqu'à présent je n'ai donné de l'incurabilité qu'une définition de dictionnaire, sans rien préjuger sur sa nature. L'incurabilité, ai-je dit, est l'état d'une maladie qui ne guérit pas. Je la caractériserai plus exactement et plus complètement en disant qu'elle consiste dans l'impuissance de la faculté médicatrice. Cette définition est scientifique, car elle énonce la vraie cause du phénomène et pose convenablement le problème. Mieux on connaît cette cause, en ce qu'elle présente de spécial dans un cas donné, plus on possède les notions pratiques indispensables pour la combattre, plus on est en mesure d'imprimer au travail du progrès une direction convenable.

Quant aux médecins qui ne veulent pas de la faculté médicatrice, je leur dirai qu'ils ne repoussent qu'un mot, car sûrement ils admettent le pouvoir qu'a le corps vivant, secouru ou non secouru, d'exécuter certains actes favorables à la guérison ; qu'ils consentent à voir dans l'expression dont je me sers l'équivalent de cette périphrase, et ils n'auront aucune objection à faire valoir contre ma définition de l'incurabilité.

Maintenant rappelons-nous qu'une maladie quelconque qui guérit présente deux moments : celui de la déviation, dans lequel le fonctionnement sort de sa voie normale; celui de la restauration, dans lequel, le dommage étant réparé, le fonctionnement redevient hygide. Ce dernier effort résulte, ainsi que je l'ai expliqué, d'une synergie médicatrice. La maladie est déclarée incurable quand on a perdu l'espoir d'obtenir une synergie de ce genre et efficace. Alors les phénomènes de la période de déviation persistent avec une modération qui permet la conservation de la vie, ou bien ils s'accroissent jusqu'à ce que la mort s'ensuive. L'ab-

sence de la période de restauration est due à une viciation de l'ensemble, à une viciation locale.

§ I. Incurabilité par viciation de l'ensemble.

D'après Stahl et ses disciples, cela n'arriverait jamais. L'action de l'ensemble serait toujours intentionnellement bonne, et ne manquerait son but bienfaisant que parce qu'elle ne s'exerce pas convenablement, ou parce que les dégradations organiques opposent un obstacle insurmontable. S'il en est ainsi, l'incurabilité est un accident dans la vie, et la mort n'est pas un fait fatalement attaché à l'humanité. Stahl admet, sans hésiter, cette conclusion, contre laquelle le bon sens proteste. Le fonctionnement hygide porte en lui la raison de sa fin inévitable; encore mieux doit-il en être ainsi du fonctionnement pathologique. Dans une foule de cas, le système entier, provoqué ou non provoqué, n'agit plus dans le sens normal de sa conservation ; il prend une direction différente et même contraire. Les observations de ce genre s'imposent par leur évidence, et la raison conçoit sans peine que le principe de destruction qui est en nous et qui nous rend tous mortels, puisse dans certaines circonstances funestes prendre un développement tel qu'une mort anticipée en soit la conséquence.

Il y a, incontestablement et en grand nombre, des incurabilités dans lesquelles l'obstacle qui s'oppose à la guérison provient d'une mauvaise situation de l'ensemble. Il importe de déterminer les principaux modes que l'on rencontre dans la pratique.

Bien que la maladie et le malade forment un tout, en soi indivisible, on peut très-bien les séparer par abstraction. La légitimité de cette analyse est prouvée par les services qu'elle rend à la thérapeutique.

Telle maladie de l'ensemble apporte par elle-même des perturbations assez graves pour empêcher l'action efficace de la faculté médicatrice. Nous sommes autorisés à croire que cette qualité funeste est attachée à sa nature, lorsque les mêmes désordres, le même dénoûment fatal, sont observés sur la plupart des sujets qui sont atteints de cette maladie, pour si avantageuse que soit la situation de leur tempérament, de leur constitution. Évidemment, ici tout doit être mis sur le compte de la maladie. Il n'est pas nécessaire que rien d'étranger vienne ajouter à la

gravité de la rage, de la morve, des empoisonnements, des traumatismes violents. Dès qu'on a diagnostiqué la maladie, sans s'enquérir de ce que le sujet peut présenter de particulier, on est autorisé à croire à l'incurabilité; l'événement justifie ordinairement le pronostic.

C'est encore à l'intensité de leurs phénomènes constitutifs qu'il faut attribuer l'incurabilité fréquente de certaines maladies non réputées incurables : choléra épidémique, peste, fièvre jaune, typhus, etc. Portées à un certain degré, ces maladies surmontent les complexions les plus robustes, et tous les organismes paraissent égaux devant elles. La différence qui les sépare des précédentes consiste en ce que celles-ci présentent, dans l'immense majorité des cas, les mêmes allures de violence, tandis que les autres peuvent, avec des gradations infinies, s'accompagner d'une bien moindre gravité. Pendant une épidémie de choléra, de fièvre jaune, de peste, on rencontre des sujets faiblement atteints, dont la guérison peut être aisément obtenue. Il n'est pas aussi certain que la rage, la morve, la résorption purulente, soient susceptibles d'offrir de semblables amoindrissements.

On trouve également, dans l'ordre des chroniques, des maladies dont le nom seul présage l'incurabilité (affections tuberculeuse, goutteuse, cancéreuse, etc.), quel que soit le sujet; et d'autres (affections scrofuleuse, rhumatismale, herpétique, etc.), dont l'issue est attachée à l'influence des circonstances concomitantes. En somme, toute affection qui mérite d'être appelée diathésique, surtout si elle est héréditaire, est par cela seul un obstacle à l'action efficace de la faculté médicatrice. Ce genre d'obstacle doit être distingué de celui que présentent les maladies aiguës dont je parlais tout à l'heure. Dans les maladies aiguës de cet ordre, les sources de la vie sont directement atteintes, et en peu de temps le corps est mis dans l'impossibilité de continuer le fonctionnement nécessaire à son existence. Dans les maladies chroniques de l'ensemble, il n'en est pas ainsi : une vie pathologique se substitue à la vie hygide, synergie moins naturelle, plus précaire, mais dans laquelle la faculté médicatrice ne perd pas la totalité de ses droits, et permet dans les cas heureux une longévité peu différente de la longévité normale. Nous verrons, en thérapeutique, le parti que l'on tire de cette circonstance.

Dirigeons nos regards sur d'autres faits : la viciation de l'ensem-

ble que la maladie apporte avec elle est modérée ; un organisme convenablement doué trouverait le nécessaire pour mener à bien le travail pathologique qui lui est imposé. Mais cette condition favorable fait défaut. Le sujet, au moment où il devient malade, est taré. Il recèle en lui de fâcheuses prédispositions dont les conséquences hâtées par la maladie altèrent gravement cette dernière et la rendent incurable. Cela peut arriver à l'occasion de la lésion la plus légère, d'une opération chirurgicale insignifiante. L'adynamie, l'ataxie, éclatent tout à coup et provoquent des désordres mortels. Les maladies chroniques qui d'habitude sont curables opposent une résistance insolite, et celles qui sont réputées incurables accélèrent leur marche fatale.

Il y a, dans le cours de certaines existences, des époques où tout se complique, où rien ne réussit. Malheur à celui qui dans ce moment subit l'épreuve de la maladie; parfois, le pourquoi de cette vulnérabilité est inconnu, et, à en juger par les apparences, l'individu passerait de la plus brillante santé à l'extrême opposé. Ce sujet a été suffisamment traité plus haut, à l'occasion des forces radicales, pour qu'il soit nécessaire d'y revenir.

La viciation de l'ensemble entraîne donc l'incurabilité de deux manières. Dans l'une, c'est la maladie qui, par l'énergie de sa cause, constitue le principal obstacle; dans l'autre, celui-ci provient des mauvaises dispositions du patient qui le rendent incapable de réaliser une synergie médicatrice efficace. Naturellement le péril s'accroît lorsqu'une maladie grave par elle-même et une constitution défectueuse se trouvent réunies sur le même individu.

§ II. **Incurabilité par viciation locale.**

Toute incurabilité mortelle implique une atteinte profonde portée à l'ensemble ; mais il se peut très-bien que l'altération des forces soit la conséquence d'une lésion locale primitive. La lésion locale n'est pas toujours primitive ; elle est parfois le produit d'une affection qui a disparu. Il y a des lésions locales incurables qui, n'amenant qu'un désordre médiocre, durent longtemps ; d'autres enfin sont indéfiniment tolérées. Dans tous ces cas, la raison de l'incurabilité est dans la viciation d'une partie ; c'est là, par conséquent, qu'il faut diriger l'effort médicateur.

Le mécanisme de ces incurabilités est facile à comprendre. Les changements introduits dans les tissus par la maladie sont

tellement avancés qu'ils dépassent la portée de la chimie vivante. L'ablation chirurgicale est le seul moyen efficace, et si elle n'est pas possible, le mal est incurable. Cette incurabilité n'a aucune conséquence fâcheuse lorsque la lésion est limitée à une partie peu importante et n'éveille aucune sympathie. Les faits de cet ordre ne sont pas très-rares ; les anatomistes rencontrent parfois, sur les cadavres, des lésions dont rien, pendant la vie, ne faisait soupçonner l'existence, et qui étaient complètement inoffensives.

Trop souvent la situation est différente. Non-seulement une lésion locale incurable entraîne après elle des désordres obstinés comme leur cause, mais une lésion curable devient incurable et même mortelle, quand ces désordres ne peuvent plus être tolérés.

Ce résultat se réalise au moyen des deux procédés indiqués tout à l'heure. L'organe lésé occupe un rang élevé dans la hiérarchie des instruments de la vie. Si sa fonction est empêchée et si cet empêchement a pour effet d'arrêter le jeu des instruments nécessaires, la mort a lieu. Si la fonction n'est que partiellement gênée, c'est une maladie chronique qui va en s'aggravant à mesure que la lésion et ses conséquences font des progrès. C'est ainsi que l'arrêt subit de l'action du cœur tue rapidement, et que l'altération incomplète de cette action amène ces maladies à marche lente, mais fatale, que tous les praticiens connaissent.

En outre de l'empêchement instrumental, l'irradiation sympathique [1] peut, de son côté, opposer un obstacle à la guérison des maladies. Telle lésion qui guérirait si l'organisme, impassible par rapport à elle, ne témoignait aucune condoléance, devient incurable par suite de la perturbation sympathique. La lésion instrumentale provoque la sympathie ; celle-ci, à son tour, entrave la restauration de l'organe ; le malade tourne ainsi dans un cercle vicieux où il dépense inutilement ses forces, et meurt inévitablement.

En résumé, il convient d'admettre :

1° Des lésions locales incurables, parce que la substance de l'organe a subi des désordres tels que, l'ablation étant interdite, sa restauration est impossible. Les progrès de la chirurgie ont diminué et diminueront encore le chiffre de ces incurabilités ;

2° Des lésions incurables par suite de perturbations fonctionnelles ;

3° Des lésions incurables par suite de perturbations sympathiques.

[1] Voir *Sympathies morbides*.

Deux de ces causes d'incurabilité et même toutes les trois, peuvent être réunies chez le même sujet.

Après avoir étudié l'incurabilité au point de vue des sources d'où elle provient, et montré par conséquent l'obstacle à combattre, il est utile de la considérer selon le temps où elle apparaît.

ARTICLE III. — A QUELS MOMENTS LES MALADIES PRENNENT-ELLES LE CARACTÈRE INCURABLE?

L'incurabilité existe parfois dès les premiers jours de la maladie, soit qu'elle provienne de la maladie elle-même, soit qu'elle résulte des circonstances dynamico-organiques au milieu desquelles cette maladie est née. Les développements qui précèdent contiennent implicitement tout ce qu'il est important de savoir au sujet de l'incurabilité que j'appelle *primitive*, pour la distinguer de celle qui vient plus tard, et que, pour ce motif, je nomme incurabilité *secondaire*. Toute maladie, en se compliquant, en se transformant, pouvant devenir incurable, le praticien doit avant tout la maintenir en état de guérir. La connaissance de l'incurabilité secondaire est donc d'une extrême importance.

L'incurabilité secondaire provient d'événements intercurrents qui exercent sur la maladie une influence funeste.

1° La faculté médicatrice, pour accomplir ses actes bienfaisants, avait besoin d'être secourue, pouvait l'être, et elle ne l'a pas été. Le médecin a été appelé trop tard ; on a désobéi à ses prescriptions; celles-ci ont été incorrectes ou ont manqué d'opportunité. Le mal, qu'on aurait pu arrêter au début, ne peut plus l'être quand, en suivant ses progrès naturels, il s'est aggravé. Telle fièvre d'accès curable aujourd'hui, résistera demain au spécifique et sera mortelle. Une affection diathésique parvenue à la période avancée de cachexie est incurable ; prise à temps, on aurait pu l'enrayer. Toute maladie qui vieillit, entraîne avec elle des désordres anatomiques dont la présence ajoute à la difficulté du traitement, et qui, arrivés à un certain degré, sont une cause d'incurabilité.

2° L'habitude est assez souvent le point de départ d'incurabilités secondaires. Le fonctionnement morbide s'assure et se fortifie par la répétition. Pour que cette répétition soit possible, les actes doivent se maintenir à un état de modération permettant

l'espèce de tolérance que l'on rencontre dans les premiers temps des maladies chroniques. Une opération morbide, en cessant d'être nouvelle, contracte des rapports de plus en plus étroits et multipliés avec les autres fonctions; tout se modifie, s'arrange, de façon à former une synergie dans laquelle la maladie finit par être partie nécessaire. Cette maladie devient alors un besoin, et sa disparition intempestive exposerait à des dangers. Par suite de la révolution des âges, ou bien à l'aide d'un traitement approprié, ce besoin peut cesser, et alors la maladie guérit spontanément ou avec les secours de l'art. Mais on conçoit que lorsque, dans une vieillesse avancée, par exemple, on a perdu l'espérance de voir le système vivant sortir de la voie où il est engagé, la maladie devienne incurable. Qu'importe que sa manifestation puisse parfois guérir, il suffit que le besoin morbide persiste. L'habitude doit donc être inscrite parmi les causes de l'incurabilité. Stahl est dans le vrai lorsqu'il place les maladies habituelles dans sa classification des maladies incurables.

3° Dans les cas que je viens d'examiner, le mal n'a pas changé de nature. Il a suivi la marche ascendante qui lui est propre; il a acquis, par sa durée, un haut degré d'opiniâtreté. D'autres événements, causes d'incurabilité, montrent la maladie sous un aspect différent. Telle maladie est curable tant qu'elle conserve son siége primitif, et qui est celui qu'elle prend d'ordinaire. Elle peut ne plus l'être si, spontanément ou bien à la suite d'une erreur thérapeutique, elle est déplacée et porte son effort sur un organe important[1]: tel est le cas d'un rhumatisme articulaire qui devient viscéral. Toute fluxion métastatique suivie d'altérations irrésolubles se transforme en maladie incurable, prochainement mortelle ou mortelle à long terme, selon le degré de la perturbation instrumentale ou sympathique.

Une autre source d'incurabilité très-fréquente est la complication. La complication, comme la métastase, est due à des influences internes ou externes. Ainsi que nous l'avons vu, elle a pour conséquence[2] de dévier la maladie qui marchait jusque-là vers sa solution, d'ajouter des scènes pathologiques de même nature ou différentes, apportant chacune un nouveau péril. L'incurabilité

[1] Voir *Métastases*.

[2] Voir *Complications*.

vient alors, tantôt de la maladie primitive aggravée, tantôt de la maladie consécutive.

Il est à peine nécessaire d'avertir le lecteur que les causes de l'incurabilité secondaire sont les mêmes que celles de l'incurabilité primitive. La seule différence réside dans l'époque où ces causes apparaissent et exercent leur influence. Ce que j'ai dit plus haut au sujet des dangers provenant de la maladie et des prédispositions individuelles, trouve donc ici son application.

On conçoit aisément que telle maladie jugée curable ne le soit pas en réalité, parce que les phénomènes qui constituent l'incurabilité n'existent qu'en germe et ne sont pas apercevables. De ce côté, les deux incurabilités se confondent. Toutefois, par suite de la difficulté du diagnostic de l'incurabilité virtuelle, toute maladie qui paraît curable doit être traitée comme telle jusqu'à démonstration du contraire.

ARTICLE VI. — DIAGNOSTIC DE L'INCURABILITÉ.

La curabilité, l'incurabilité, il est inutile d'en donner les raisons nombreuses, doivent être diagnostiquées le plus tôt possible par le médecin. D'ailleurs, pour peu que le mal soit sérieux, l'entourage du malade s'empresse de l'interroger là-dessus. D'autres fois, l'incurabilité même la plus dangereuse est reconnue par l'homme de l'art seul. Les malades ni les assistants ne peuvent s'en douter, parce que la souffrance est médiocre ou même nulle.

Dans un très-grand nombre de cas, le jugement dont il s'agit est difficile à porter et exige une grande réserve. Le médecin le plus expérimenté est incapable de prévoir tous les événements qui peuvent amener l'incurabilité secondaire. Aussi, lorsque nous annonçons la curabilité d'une maladie, est-il implicitement entendu que ce pronostic ne vaut que pour le présent, et qu'un imprévu possible peut en modifier la portée. Il arrive fréquemment que l'issue favorable sur laquelle on croyait pouvoir compter, est démentie par l'événement. Le médecin n'a rien à se reprocher lorsqu'un accident extraordinaire a gravement changé la situation. Mais si l'incurabilité qui existait déjà avec des caractères suffisamment significatifs a été méconnue par le médecin, celui-ci a commis une erreur qu'un autre plus instruit, plus sagace, plus attentif, aurait évitée. Toutefois, la faute est facile à dérober aux yeux des

gens du monde. On trouve toujours quelque chose d'inattendu qui, en exagérant un peu, explique ce qui s'est passé, et plus d'une fois, l'amour-propre aidant, on se prouve à soi-même qu'on ne s'est pas trompé. La justification est autrement difficile lorsqu'un malade abandonné comme incurable est guéri par un autre praticien. En somme, n'oublions pas que le temps portera après nous un jugement souverain, et que nous devons le moins possible nous exposer à être en désaccord avec lui. Aussi, dans les cas embarrassants, faut-il savoir attendre. Certains diagnostics de l'incurabilité sont faciles; d'autres sont seulement probables; il en est enfin où le pour et le contre se balancent, et qui nous laissent indécis.

Les motifs d'après lesquels on diagnostique l'incurabilité sont divers. Ils se rencontrent les mêmes dans un grand nombre de maladies. Ainsi, aux approches de la mort[1], la situation désespérée du sujet peut être reconnue lors même que l'on ignore le nom de la maladie à laquelle il va succomber. Un état très-avancé de cachexie permet pareillement de diagnostiquer une situation incurable avant qu'on sache à la suite de quelle espèce morbide la cachexie est survenue. Dans ces circonstances, qu'il suffit de mentionner, les traits de l'incurabilité sont si fortement accentués que le premier venu peut les reconnaître.

Ailleurs l'incurabilité, pour être aperçue, exige les notions de l'art médical.

En ce qui concerne les maladies habituellement incurables, le diagnostic de l'espèce morbide et celui de l'incurabilité se confondent. La certitude, l'incertitude de l'un, doivent passer dans l'autre. Dans une maladie du cœur, par exemple, la difficulté consiste à s'assurer qu'elle est ou non une lésion organique. Celle-ci une fois constatée, l'incurabilité s'en déduit comme conséquence.

On est exposé à méconnaître certaines incurabilités. On croit, par exemple, guérie une maladie dont les phénomènes ont disparu. Cela ne suffit pas quand il s'agit d'affections susceptibles de présenter de longues intermittences. Un épileptique, un rhumatisant, n'ont pas éprouvé d'attaques pendant un temps considérable, et n'en sont pas, pour cela, débarrassés de leur mal, qui est resté latent et fait explosion tôt ou tard. Méfions-nous des maladies primitivement diathésiques, ou que l'habitude a rendues telles. Leur

[1] Voir *Agonie*.

racine est essentiellement vivace, et fréquemment indestructible, surtout dans un âge avancé.

La même maladie change de forme, de siége, pendant son évolution. Si on la méconnaît, on peut la croire guérie et remplacée par une autre, et pourtant il n'en est rien. Tel goutteux est asthmatique, tel épileptique est devenu fou, tel individu débarrassé d'un ulcère chronique est actuellement hémorrhoïdaire. Les phénomènes ont changé, mais non l'affection, car l'asthme est essentiellement goutteux ; la folie est une des modalités possibles de l'affection épileptique ; l'ulcère chronique, les hémorrhoïdes, sont le produit du même besoin morbide.

Entre les maladies très-graves et les maladies incurables, la différence n'est pas grande. Les premières sont primitivement incurables lorsque leur invasion est violente, lorsqu'elles apparaissent au milieu de conditions défavorables. Tels sont un choléra foudroyant, une péritonite survenant à la fin d'une fièvre typhoïde, etc. La complication, l'habitude, sont des causes probables d'incurabilité secondaire.

Avant de se prononcer, il faut tenir compte de la maladie, de l'individu, du milieu ; combiner ensemble les données recueillies de chacun de ces côtés, et se rappeler les difficultés qui entourent une semblable appréciation. L'expérience a appris que le diagnostic de l'incurabilité des maladies aiguës est toujours embarrassant, surtout chez les enfants. Sauf certains cas où tout est réuni, où tout est significatif, la mesure des forces d'un sujet ne peut se faire qu'approximativement, et parfois l'événement déjoue les prévisions du plus habile. Dans les maladies chroniques, on tiendra compte de la diathèse, de l'hérédité, de l'habitude.

On doit étudier soigneusement les influences du dehors. Si elles sont hostiles et qu'on ne puisse les combattre, le malade qui subira ces influences deviendra facilement incurable. Il en sera de même de la maladie pour laquelle on sera privé d'un agent thérapeutique nécessaire : soit, par exemple, une fièvre intermittente pernicieuse quand on n'a pas de quinquina à sa disposition ; soit une affection scrofuleuse dont les causes provocatrices extérieures sont persistantes, et auxquelles on ne peut soustraire le sujet.

Il ne suffit pas de diagnostiquer l'incurabilité d'une maladie, il faut aussi savoir si cette dernière est mortelle, ou si elle sera tolérée pendant un certain temps ou indéfiniment. On s'assure

pour cela de la vraie nature de la maladie, de la marche des phénomènes, marche stationnaire, lente ou envahissante; on surveille les organes qui sont actuellement atteints ou menacés; on fixe son attention sur le nombre des lésions, sur l'état des forces, sur les qualités bonnes ou mauvaises du milieu, etc. A l'aide de ces données, on annonce la proximité ou l'éloignement du dénoûment fatal. Celui-ci est hâtif dans certaines formes, dites galopantes, de phthisie, de cancer; il est éloigné quand la modération des phénomènes, la vigueur de la constitution, permettent l'accomplissement des efforts médicateurs qui amènent la tolérance. Un sujet apathique, un vieillard, tout étant égal d'ailleurs, supportent longtemps les lésions dont le danger vient des réactions sympathiques. Ils succomberont plus tôt, au contraire, si les lésions sont de celles qui affaiblissent: diarrhée, suppuration, hémorrhagies, etc.

On rencontre, dans la pratique, des cas exceptionnels d'incurabilité que rien n'explique. On ne sait pas pourquoi, chez tel sujet, la syphilis résiste opiniâtrément aux traitements les mieux ordonnés. De même certaines guérisons s'opèrent alors que rien ne permettait de les prévoir. Le praticien expérimenté sait depuis longtemps qu'il n'y a rien d'absolu dans les règles de son art; il fait la part de l'inconnu et reconnaît sans peine qu'il s'est trompé. L'aveu d'une erreur inévitable ne coûte rien à sa dignité.

Malgré les progrès de l'anatomie pathologique et du diagnostic, il reste encore des lésions irrésolubles d'organes même considérables qui, faute de symptômes, échappent à toutes les investigations et dont l'existence n'est révélée qu'à l'autopsie. Ces cas ne sont pas très-rares, et le médecin qui les rencontre ne mérite évidemment aucun reproche.

Il est facile de voir que les questions d'incurabilité ne sont autre chose que des questions de diagnostic pronostique, considérées à un point de vue spécial. Le chapitre où ce dernier sujet a été traité est le complément naturel de celui-ci.

LIVRE QUATRIÈME

LA THÉRAPEUTIQUE.

Le mot *thérapeutique* vient du grec *θεραπεία*, dont la racine est *θεραπευω*, verbe à significations multiples se résumant en celle-ci : je m'attache à quelqu'un pour le servir, à une chose pour en tirer un parti utile. Anciennement on appelait également *thérapeutes* les moines consacrés au service de Dieu, les gens voués à la culture de la terre, etc. On suit sans peine la filiation d'idées qui a fait appliquer le même nom à celui qui donne ses soins à l'homme malade ou menacé de maladie.

L'adjectif *θεραπεύτικος* a un sens analogue ; *θεραπευτικὴ μέθοδος* a le même sens que *thérapeutique*. De *θεραπεύτικος*, les Latins ont fait *therapeutice*, traduit en français par *thérapeutique*, qui s'emploie adjectivement et substantivement.

Quelques médecins ont proposé, pour plus de précision, de remplacer le mot *thérapeutique*, substantif, par *thérapie*. Mais thérapie alors ne traduit pas exactement le mot *θεραπεία*, qui comprend tous les soins à donner à l'homme en tant qu'être vivant, sans exception, même ceux qui n'ont point la maladie pour objet. Il faudrait donc séparer la thérapie en deux embranchements : l'*hygiène* et la *thérapeutique*. Cet arrangement nominal n'a pu prévaloir. La majorité n'emploie pas le mot thérapie. Pour elle, l'hygiène est une science à part, ayant pour but spécial la conservation de la santé, le perfectionnement du corps. L'objet de la thérapeutique est le traitement du corps malade ou menacé de l'être. La thérapeutique emprunte beaucoup de ses agents à l'hygiène : celle-ci alors est dite *thérapeutique*.

Les Grecs avaient un substantif pour désigner l'art de guérir (*ἰατρικὴ*, d'*ἰατρεύω*, je traite, je guéris, j'exerce la profession de médecin). Les efforts tentés pour vulgariser le mot *iatrique* n'ont pas abouti. Les médecins de Montpellier ont fait pourtant accepter le

mot *iatraleptique*, jadis employé en Grèce pour désigner une partie de la thérapeutique qui traite des frictions, des fomentations et autres remèdes extérieurs.

La thérapeutique est la partie essentiellement utile de notre science. La médecine qui se propose avant tout la découverte du secret de la vie est notablement différente, je le répète, de celle qui a pour objet la guérison, le soulagement des malades. Certes, le jour où la vie n'aura plus de mystères, on sera à même d'établir la meilleure des thérapeutiques ; mais le succès de cette entreprise est au moins douteux et lointain. En attendant, nous devons conserver la médecine thérapeutique, que l'expérience clinique des siècles nous a léguée.

Dire que la thérapeutique est la partie de la science qui s'occupe du traitement des maladies, constitue une définition dont le vulgaire seul peut se contenter. On indique le but et on se tait sur la voie à suivre et sur les moyens à mettre en usage. Cette dernière connaissance est néanmoins indispensable pour l'étude et la mise en œuvre de la thérapeutique.

Les définitions suivantes sont plus scientifiques :

La thérapeutique est l'art de modifier les organes pour prévenir ou guérir les maladies.

La thérapeutique est l'art de modérer, de diriger les réactions morbides que l'ensemble du corps vivant oppose à l'impression malfaisante des causes morbifiques.

Ces définitions se contredisent et ne peuvent être vraies en même temps. J'ajoute qu'elles ne sont exactes ni l'une ni l'autre. La première suppose que toutes les maladies sont primitivement locales, et que l'on connaît toujours le siége, la nature de la lésion initiale ; la seconde part du principe que toutes les maladies sont des réactions à but médicateur. Ces définitions, en les supposant justes, seraient incomplètes.

Il faut qu'une définition présente les parties constitutives, essentielles, de la chose définie. En outre, dans un sujet aussi grave que la thérapeutique, il est à souhaiter que la définition soit autant que possible acceptée par tous. Pour cela, il est bon qu'elle ne contienne rien qui puisse soulever une opposition d'École.

Essayons de réunir ces conditions. La thérapeutique comprend des indications, des méthodes et des agents propres à remplir ces indications. Quelque système médical qu'on adopte, on a tou-

jours à trouver des indications, une méthode et des agents d'action. La thérapeutique est donc la partie de la médecine qui traite des choses directement nécessaires à l'art de guérir, c'est-à-dire, les indications, les méthodes, les agents d'action. Et comme les méthodes et les agents se déduisent des indications, celles-ci étant l'objet principal, le point de départ obligé, on peut dire, en sous-entendant le reste, que la thérapeutique est la science des indications qui, au lit du malade, suggèrent la conduite à tenir. Parmi les sujets si variés, si nombreux de la médecine, il y a des indications, des méthodes, des agents d'action servant à d'autres fins. Mais il n'est question ici que des indications, des méthodes, des agents, utilisés pour le traitement des maladies, et que pour ce motif on nomme thérapeutiques.

Ma définition contient tout ce que les autres ont de vrai ; elle est explicite et présente un programme d'études thérapeutiques qu'il faut nécessairement suivre. Plus on sait sur les indications, sur les méthodes, sur les agents, et mieux on possède la science de traiter les maladies.

La *thérapeutique générale* étudie les indications, les méthodes et les agents considérés dans l'ensemble des maladies. Si elle est limitée à une espèce morbide, c'est la *thérapeutique spéciale*. La thérapeutique est *dogmatique* quand elle énonce théoriquement les préceptes relatifs aux indications, aux méthodes et aux agents. La thérapeutique *pratique* applique ces préceptes. Nous verrons, dans le cours de ce travail, qu'on a admis une foule de divisions, selon la fin spéciale que se propose la thérapeutique, selon les méthodes et les moyens qu'elle emploie.

La thérapeutique varie d'après l'idée qu'on se fait de la maladie. Elle ne peut être la même dans les Écoles mécanique, chimique, organicienne, animiste, vitaliste, ni dans les sectes principales qui se sont formées au sein de chacune de ces Écoles. L'histoire de la thérapeutique reproduit celle des variations de la médecine. La thérapeutique étant la pierre de touche des doctrines, la doctrine qui mérite nos suffrages est celle qui supporte le mieux l'épreuve thérapeutique.

La meilleure des thérapeutiques laisse encore beaucoup à désirer. Il en sera toujours ainsi. La nécessité de la mort impose à sa puissance des limites infranchissables, et il est dans sa destinée de ne pouvoir jamais accorder tout ce qu'on lui demande. Il n'est

pas de science qui ne soit bornée dans son action. Vient un moment où les conditions du succès sont encore inconnues ; certaines de ces conditions ne sont pas réalisables ici-bas. Savoir n'est pas toujours pouvoir, il s'en faut de beaucoup. L'idée précède l'application et va plus loin qu'elle. Les théories thérapeutiques fussent-elles parfaites, l'art présenterait toujours des lacunes dans les parties où les conditions exigées sont au-dessus de notre portée. Nous avons vu, et nous nous en assurerons de plus en plus, que le progrès thérapeutique est lié au progrès de la *diagnose,* qu'il suit parallèlement. Là où celui-ci s'arrête, l'autre s'arrête aussi. Les imperfections de la pathologie ont donc leur contre-coup en thérapeutique. Supposons que la pathologie ne présente plus ni erreurs ni lacunes ; tout ne sera pas fait encore. Il faut à la thérapeutique des moyens d'action assez puissants qu'elle demande à la physique, à la chimie, à la météorologie, à l'histoire naturelle, à la psychologie. La thérapeutique reste donc désarmée lorsqu'elle ne reçoit pas de l'une ou de l'autre de ces sciences l'agent dont elle a besoin. Aussi les sciences tributaires sont-elles, pour leur part, responsables de l'infériorité relative de la thérapeutique. On fait remarquer que la plupart des sciences composant la médecine sont plus avancées que la thérapeutique ; cela est tout simple pour celles dont le but spécial est plus aisé à atteindre. Le prix des services qu'on lui demande est la mesure de la valeur d'une science ; malgré ses imperfections, ses impossibilités, la thérapeutique n'en marche pas moins une des premières.

N'oublions pas que les sciences tributaires ne travaillent pas pour la thérapeutique autant qu'elles le pourraient. Et, par exemple, les progrès récents de l'anatomie histologique sont considérables, et pourtant l'art de guérir n'en a pas encore beaucoup profité. Quoi de surprenant si la plupart des anatomistes font de l'anatomie pour l'anatomie elle-même, sans se préoccuper du parti que la thérapeutique pourra tirer de leurs investigations. Je ne blâme pas cette conduite, car elle a de vrais avantages, d'un autre côté; je constate un fait.

Après ces considérations générales, j'aborde la trilogie qui résume les parties essentielles de la thérapeutique : indications, méthodes, agents. L'indication suggère la méthode, la méthode suggère l'agent. Tel est l'ordre logique.

SECTION PREMIÈRE

DES INDICATIONS

CHAPITRE PREMIER

INDICATIONS EN GÉNÉRAL.

Depuis Galien, on est d'accord sur l'idée qu'il faut se faire d'une *indication*. Indication, a-t-il dit, est *agendi insinuatio*, c'est-à-dire, ce qui détermine le praticien à faire telle prescription. Évidemment le parti que l'on prend, quel qu'il soit, est justifié par des motifs qui sont *l'indication : omnis medendi methodus per indicationem fit*. Galien commente ingénieusement cette pensée dans le chapitre VII, livre II, de son *Methodus medendi*.

Jusqu'à présent, on s'est contenté de cela. C'était bien le point de départ; mais il ne fallait pas s'y arrêter.

Malheureusement, l'accord n'est plus unanime quand on veut aller plus avant dans la notion de l'indication et savoir, ce qui est fort naturel, en quoi consistent les motifs qui nous décident. Plusieurs des motifs qu'on a donnés sont ridicules, et depuis longtemps la science s'en est débarrassée; mais ils sont vivaces, entretenus qu'ils sont par la superstition, cette compagne inséparable de l'ignorance. Il me suffit de signaler les explications suggérées par la croyance que telle maladie est due à la colère divine, à la malice du diable, à un sortilége, etc. Les thérapeutiques fondées sur de pareilles théories ont tenu et tiennent encore une grande place dans les idées de la multitude non éclairée. Il y a évidemment autant de manières d'expliquer l'indication que de manières de concevoir les maladies. Selon que la maladie est une altération d'humeur, d'organe, un fait d'excitation, de subaction, etc., l'indication est comprise différemment. Les empiriques eux-mêmes ont leurs motifs particuliers, leurs indications: ce sont les ressemblances qui relient un cas donné et tels autres cas où tel traitement a réussi. Ils concluent, de la similitude des phénomènes apparents, à la similitude de nature et de remède.

La vraie indication ne repose pas sur une conception imagi-

naire, hypothétique, sur une ressemblance purement symptomatique. Elle se tire de quelque chose de réel, d'important, existant dans le sujet ou dans le milieu qui l'entoure. L'indication est le trait d'union entre l'individu malade et le traitement. Il faut trouver ce trait d'union; cela suppose une connaissance suffisante du pourquoi de la maladie et de sa guérison. Si l'on parvient à découvrir une partie suffisante de ce pourquoi, on a sur les indications des idées qui ne sont pas celles des empiriques, ni des sectateurs des faux systèmes.

En tout cas, la définition de Galien est vague. Elle n'est qu'un commencement. Essayons d'aller plus loin, en lui en substituant une autre qui dise d'une façon générale la raison d'être de l'indication, et qui marque ainsi la voie qu'il faut suivre pour arriver à sa connaissance plus complète.

Dans la pensée de Galien et de tout le monde, l'indication insinue à agir dans un sens favorable au malade. Or la guérison, le soulagement étant la conséquence de l'action de l'organisme, alors qu'il réalise certains faits groupés sous le nom de faculté médicatrice, il en résulte que toute indication implique la science de ce que l'observation a révélé touchant les conditions favorables à l'exercice de cette faculté. Savoir ce qui, dans le sujet, hors du sujet, lui est utile ou nuisible, afin de lui ménager le secours de l'un et d'écarter l'autre, telle est en définitive l'indication. Donc l'indication est la détermination des besoins actuels de la faculté médicatrice.

Cette définition exprime une vérité, si l'idée qu'on a de la faculté médicatrice est bien celle que l'expérience a autorisée, s'il ne s'y mêle rien d'hypothétique. Elle est assez compréhensive pour embrasser toutes les indications, depuis celle qui veut qu'on respecte un travail synergique médicateur, jusqu'à celle qui commande l'opération chirurgicale la plus grave. L'action ou l'abstention sont réglées d'après l'appréciation préalable du pouvoir médicateur.

Elle a l'avantage de préciser une opinion si vaguement exprimée, si largement étendue par Galien, que la définition de ce dernier donne accès à ce qu'il y a de moins acceptable. Elle signale le moyen du progrès, qui est certainement l'étude de plus en plus approfondie des actes bienfaisants que l'organisme seul ou secouru peut exécuter dans un cas donné de maladie.

ARTICLE PREMIER. — CARACTÈRES DES INDICATIONS.

Les indications peuvent être divisées de plusieurs manières.

Selon l'importance, l'indication est dite *majeure* ou *accessoire*. *Majeure*, quand elle doit satisfaire au besoin principal de la faculté médicatrice. L'indication de tirer du sang est majeure dans un cas de fièvre inflammatoire intense, chez un sujet jeune et vigoureux, parce que l'obstacle constitué par l'orgasme sanguin est le premier qu'il faut écarter. Les autres indications sont dites accessoires. Plusieurs indications peuvent exister en même temps et concluant dans le même sens ; dans le langage de l'École, ce sont des *co-indications*.

On a raison d'admettre des indications accessoires. Il est certain, par exemple, que dans une fièvre inflammatoire telle que je viens de la supposer, l'indication de soustraire du sang a plus de valeur que celle qui se tire de la constipation. Il ne faudrait cependant pas penser qu'une indication accessoire est une indication qu'il est permis de négliger. Dans l'organisme vivant, tout se tient et s'influence. Les besoins multiples de la faculté médicatrice sont pareillement liés l'un à l'autre, ils veulent être tous satisfaits. Dans le cas cité de fièvre inflammatoire avec constipation, il se pourrait que la persistance de celle-ci exerçât une influence telle que le bénéfice de la saignée fût perdu en totalité ou en partie. Dans un art comme le nôtre, si difficile et si chanceux, rien de ce qui, de près ou de loin, peut concourir à donner plus de puissance à la faculté médicatrice, ne doit être dédaigné. D'ailleurs, sans qu'on s'en doute, ce qui paraît l'accessoire peut être en réalité le principal.

Certaines indications sont accessoires ou importantes, selon le point de vue. Veut-on que l'indication principale soit celle qui se tire de la partie essentiellement constitutive de la maladie : alors, dans une fièvre d'accès, cette indication sera celle qui suggère l'emploi du spécifique, et toutes les autres seront accessoires. Mais s'il y a en même temps embarras gastrique, l'indication de combattre ce dernier paraîtra la principale aux yeux de ceux qui seront particulièrement touchés de cette circonstance, à savoir: que la présence de l'embarras gastrique rendant inefficace et même dangereux l'emploi du quinquina, c'est à la satisfaction de l'indi-

cation gastrique qu'il faut s'attacher en premier lieu. On pourrait en dire autant des indications basées sur toute complication assez influente pour empêcher les bons effets du traitement naturel ou artificiel. Nous devons donc admettre des indications qui méritent de passer avant les autres, et si l'on suit l'ordre de priorité, celles-là sont les principales. En tout cas, quel que soit le rang qu'on leur donne, toutes les indications doivent être remplies chacune à son heure[1] et avec le même soin. En présence de deux choses jugées nécessaires, il serait puéril de s'attarder à décider celle qui l'est le plus. Chacune, mise à sa place, est l'égale de l'autre.

Il résulte, de ce que je viens de dire, que la valeur d'une indication peut varier pendant l'évolution d'une maladie. Telle qui était la principale ne l'est plus, et c'est une autre qui la remplace.

Il y a des indications très-importantes qu'on laisse de côté pendant le traitement d'une maladie, par suite de l'impossibilité où l'on est d'y satisfaire. Une indication réclamant un remède qu'on n'a pas encore trouvé, est provisoirement considérée comme si elle n'existait pas. Je fais allusion aux indications qui se tirent d'une affection réputée incurable ou trop avancée pour être curable. Les indications qui, bien remplies, guériraient le mal, sont, sans nul doute, les principales. Mais, par suite de notre impuissance quant à ce qui les concerne, nous nous rabattons sur les indications secondaires au moyen desquelles nous faisons, sinon tout le bien que nous pourrions souhaiter, du moins celui qu'on est en droit d'attendre de nous. Les indications secondaires deviennent alors les premières. Les vraies indications premières n'en subsistent pas moins, et à l'aide d'expérimentations prudentes nous devons chercher à découvrir la méthode et les agents qui font défaut. Ces indications sont le programme de l'avenir. Leur importance n'est actuellement que théorique ; espérons que tôt ou tard elles prendront, en pratique, le rang qui leur appartient. Évidemment et tout étant égal d'ailleurs, l'indication que l'on peut remplir avec efficacité passe avant celle qui, quoique la première, ne suggère rien sur quoi on puisse compter, faute de son complément nécessaire.

L'indication *urgente* est celle dont il faut s'occuper immédiate-

[1] Voir le chapitre *Opportunité thérapeutique*.

ment, soit parce que la maladie a des effets prochainement dangereux, soit parce que plus tard le remède n'aura plus les conditions d'opportunité. Les indications d'arrêter une hémorrhagie copieuse, un travail apoplectique, de réduire un membre luxé, etc., sont urgentes. Dans les deux premiers cas, des désordres mortels sont imminents; dans le troisième, un retard de plus en plus prolongé donnera naissance à des obstacles plus ou moins difficiles à surmonter, et nécessitera l'emploi de moyens plus énergiques.

Les indications se tirent du sujet ou de la présence d'un agent hostile dans le milieu qui l'entoure. Cet agent hostile peut résider dans l'air, dans l'aliment, dans la profession, etc. Les indications fournies par le sujet sont *générales* quand l'obstacle est une viciation de l'ensemble; elles sont *locales* quand l'obstacle résulte de la viciation d'une partie. Selon la nature de la difficulté à lever, l'indication est *vitale, morale, physique, chimique,* et exige des moyens de même ordre.

L'indication est *rationnelle* ou *empirique*. L'indication rationnelle a entre elle et le moyen qui la remplit, un rapport saisi par la raison et permettant d'expliquer l'effet thérapeutique obtenu; explication partielle sans doute, mais suffisante. Tout le monde sait qu'en biologie surtout, les explications laissent toujours quelque chose à désirer. Les indications de faire vomir dans une affection gastrique, de saigner dans une affection inflammatoire, etc., sont rationnelles parce que, le rapport dont je viens de parler existant, on sait le mécanisme de l'utilité du remède. Toutes les indications physico-chimiques, toutes les indications chirurgicales, sont rationnelles, cela se comprend sans peine. L'indication empirique est toujours vitale; on la constate expérimentalement d'après les phénomènes sensibles, mais on ignore ce qu'est en soi la viciation dynamique à laquelle ces phénomènes correspondent; cette ignorance entraîne celle du mécanisme de l'action du remède. Il est permis de penser que les progrès de la pathologie et de la matière médicale transformeront toutes les indications empiriques en indications rationnelles. Nous devons souhaiter vivement un tel résultat, et travailler de toutes nos forces à l'atteindre. Il faut reconnaître pourtant que le traitement empirique n'implique pas l'infériorité au point de vue du succès. Nous parlerons plus tard de la méthode et des médicaments empiriques,

et nous verrons que plusieurs peuvent être placés à côté de ceux qui nous rendent les meilleurs services.

D'après le but que le praticien se propose, on admet des indications *prophylactiques*, *palliatives*, *curatives*. Je m'occuperai de ces particularités à propos des traitements de même nom.

Les mots : indications *évidentes*, *obscures*, *simples*, *composées*, *primitives*, *consécutives*, *simultanées*, *successives*, s'expliquent d'eux-mêmes.

Il est inutile de pousser plus loin cette énumération; l'indication est si intimement mêlée à ce qui va suivre, que l'occasion de compléter les lacunes de cette exposition se présentera souvent.

ARTICLE II. — SOURCES ET CONNAISSANCE DES INDICATIONS.

L'indication étant le signalement d'un besoin de la faculté médicatrice, il faut savoir préalablement comment doit agir cette dernière pour qu'il en résulte l'effet souhaité. Selon les cas, l'action de la faculté médicatrice est différente. Ici on espère qu'elle sera efficace, pourvu que rien ne se mette à la traverse; là cette puissance est douteuse; ailleurs elle sera bornée et même réduite à rien. Cela dépend de la nature, du degré de la maladie, des prédispositions bonnes ou mauvaises du sujet. Un résultat médicateur peut être obtenu de diverses manières; il faut savoir d'avance celle qui sera la meilleure et qu'il sera le plus aisé d'obtenir. D'après cela, le praticien doit s'efforcer autant que possible d'arriver à la connaissance complète de la maladie et de ce qui s'y rattache : donc l'indication procède du diagnostic, du pronostic.

L'indication vraie se présente d'elle-même, lorsque le diagnostic et le pronostic sont bien faits. D'un mauvais diagnostic, d'un mauvais pronostic, il ne peut sortir que des indications incomplètes ou fausses.

Ce n'est pas tout : l'indication implique la connaissance du moyen qui doit la remplir. De là, la nécessité de l'étude des agents thérapeutiques. Telles sont les conditions premières.

Comment a-t-on été amené à considérer tel fait, dans tel sujet, comme fournissant la lumière cherchée ? Sans doute par l'expérimentation. Mais d'après quelles vues l'expérimentation a-t-elle été dirigée ? Quelles sont les idées qui, en présence d'une ma-

ladie, suggèrent la conduite à tenir? M. Lordat a traité cette question dans sa préface des *Consultations* de Barthez, et il a été amené à admettre quatre instruments logiques servant à reconnaître l'indication : la théorie, l'analogisme, l'induction tirée des appétits et des instincts, l'analyse thérapeutique.

La théorie d'une maladie est l'idée à laquelle on s'arrête, d'après l'observation, sur la nature de cette maladie. C'est par conséquent la détermination du fait le plus important dans l'ordre de causalité et des relations qui l'unissent avec les autres faits qui en procèdent. Ce fait peut être un stimulus hostile, une situation défectueuse des forces, une viciation générale, locale, spontanées, ou émancipées de leur cause provocatrice. Je me suis longuement occupé de cette investigation pathogénique, surtout dans les chapitres consacrés à l'étude des maladies idiopathiques, essentielles, symptomatiques, sympathiques.

La théorie, cela est évident, n'est un bon guide qu'à la condition d'être vraie. La fausse théorie substitue à la réalité le produit de notre imagination, et il ne saurait en sortir que des indications incomplètes, trompeuses. Trop souvent les malades ont été et sont encore victimes d'erreurs de ce genre.

Toutefois, quand un diagnostic certain n'est pas possible, il est permis d'admettre par hypothèse et provisoirement celui qui paraît le plus probable, et de tenir pour vraies, jusqu'à démonstration du contraire, les indications fournies par ce diagnostic. Ce genre d'essai exige évidemment une grande prudence dans l'emploi des moyens, afin que, en cas d'erreur, ces derniers ne puissent pas nuire au malade. J'aurai souvent à revenir sur ce sujet de la théorie. Tout, en médecine, doit tendre, directement ou indirectement, à la possession de la théorie des maladies la plus favorable à la thérapeutique.

L'analogisme est un raisonnement par lequel nous concluons, d'après la ressemblance de deux maladies, à la similitude de leurs causes, et par conséquent à la similitude des indications. Nous supposons que les mêmes rapports constatés entre les phénomènes sensibles, existent entre les causes génératrices de ces phénomènes. C'est la seule ressource qui reste, quand les causes sont cachées. A défaut d'un diagnostic et d'une indication théoriques, nous nous contentons d'un diagnostic et d'une indication empiri-

ques. Nous en sommes là pour les maladies spécifiques et pour toutes celles que nous voyons pour la première fois.

Le diagnostic, l'indication empiriques méritent notre confiance, lorsque les données étiologiques, symptomatologiques, thérapeutiques, sont présentes[1]. Mais nous sommes souvent réduits aux symptômes, lesquels, on le sait, peuvent être décevants. On a moins de chances de se tromper quand il s'agit des maladies spécifiques, parce que, d'ordinaire, ces maladies s'expriment par les mêmes symptômes et que ces derniers sont bien accentués.

Quant aux maladies nouvelles, les unes paraissent telles et ne le sont pas en réalité. Le praticien les déclare nouvelles, parce qu'il ne les a pas vues ou qu'il les a mal vues. Il est alors forcé de se conduire d'après les ressemblances qu'il découvre entre le cas prétendu nouveau et tels autres cas connus. Les espèces vraiment nouvelles sont des espèces spécifiques. Lors de leur apparition première, il a bien fallu ne tenir compte que des symptômes, pour établir les indications. C'est ce qu'on a fait dès l'abord pour le choléra épidémique, que l'on traita par les narcotiques, d'après sa ressemblance avec le choléra *nostras*. On s'est assuré, depuis, que l'opium n'était pas, comme pour ce dernier, un remède efficace, mais qu'il remplissait avec succès certaines indications symptomatiques du choléra épidémique.

L'expérimentation tentée, d'après l'analogisme, contre la syphilis, a été plus heureuse. Le mercure fut essayé d'abord, parce que les symptômes de la syphilis rappelaient ceux de certaines dermatoses pour lesquelles le mercure réussissait habituellement, et il s'est trouvé que le mercure était le meilleur anti-syphilitique. On le voit, les indications suggérées par l'analogisme ne doivent pas être dédaignées.

Les appétits instinctifs annoncent souvent un besoin de la faculté médicatrice. Ce sont donc des indications qu'il est utile de remplir. Le besoin ainsi révélé est généralement d'ordre inférieur, et sa satisfaction n'apporte au malade qu'un simple soulagement. Parfois pourtant l'appétit instinctif indique l'emploi d'un agent qui concourt puissamment à la guérison. La difficulté consiste à distinguer l'appétit vraiment instinctif de celui qui dépend de

[1] Voir *Diagnostic*.

l'imagination, d'une volonté capricieuse. Ce dernier peut être satisfait quand il n'y a pas d'inconvénient, mais il ne résulte de là rien qui puisse être sérieusement utile quant à la maladie. Il n'en est pas ainsi, je le répète, des véritables instincts perçus par l'âme, mais d'origine exclusivement vitale. L'appétence, l'inappétence naturelles pour les aliments, sont des indications qui ont de la valeur. Les boissons acidules, dans les maladies bilieuses, sont désirées par le sujet et conviennent au traitement de ces maladies. Les sujets atteints de maladies gastriques répugnent aux substances animales, et il y a avantage à ne pas les prescrire; ces observations sont vulgaires. Il n'est pas très-rare que le sujet éprouve un vague sentiment qui lui suggère la pensée qu'un vomitif, une saignée, etc., seraient convenables. On se garde bien de se décider d'après ce motif seul, mais il est bon d'en tenir compte. On trouve dans les annales de la clinique des faits singuliers où telle substance sollicitée par le malade, ayant été accordée, a amené la guérison, sans qu'on puisse expliquer le mécanisme d'une pareille cure. Rien de plus facile que de citer des exemples. C'est un hydropique qui a guéri après avoir mangé avec abondance le fruit de la ronce commune, mûre sauvage; c'est la groseille à maquereau qui a mis fin à une dysenterie opiniâtre, etc. Les faits analogues, quoique très-rares, chacun dans son espèce, forment, quand ils sont réunis, un groupe respectable. Rien, dans la physiologie humaine, n'empêche de croire à la possibilité de ces sortes d'intuitions spontanées dont la thérapeutique fait son profit. On peut donc établir comme règle, que lorsqu'un besoin instinctif est exprimé avec force et persistance, il mérite l'attention du praticien et doit figurer parmi les motifs sur lesquels reposent les indications dont il convient d'apprécier la valeur avant de prendre un parti.

L'analyse thérapeutique est une opération mentale au moyen de laquelle on divise les faits simultanés ou successifs de la maladie, en parties qui en sont considérées comme les éléments constitutifs. Chacune de ces parties, étant jusqu'à un certain point indépendante des autres, devient un sujet spécial d'indication. Cette analyse tient une place considérable en thérapeutique, elle est constamment utile à titres divers, et sa nécessité pour arriver à la théorie de la maladie est évidente. Pour ces motifs, je me réserve d'en parler plus longuement tout à l'heure.

On a remarqué, sans doute, que tout ce que je viens de dire se trouve implicitement dans les chapitres du *Diagnostic* et du *Pronostic*. Que sont en effet l'analogie, l'analyse, les appétits instinctifs, sinon des moyens d'arriver à la détermination rationnelle ou empirique de la nature de la maladie, de reconnaître les faits dont les autres sont la conséquence, faits pathogéniques et vraiment indiquants! Ne soyons donc pas surpris si, à l'occasion des sources d'indications, nous rencontrons encore sur notre route les questions de *nature*, de *siége*, de *forme*, de *périodes*, de l'*état des forces*.

On sait que lorsque je dis *nature*, je parle seulement de la chose importante dans l'ordre pathogénique et qui est accessible à la raison s'appuyant sur des données sensibles. N'est-ce pas là pour la thérapeutique une grande lumière? quand, par exemple, on s'est assuré que la maladie est de nature syphilitique, goutteuse, inflammatoire, ataxo-adynamique; qu'elle dépend d'une provocation interne ou externe, ou bien qu'elle tient à une viciation spontanée ou devenue indépendante; qu'elle est simple, ou composée, ou compliquée, etc., etc.: ne sont-ce pas là des notions sur la nature qui fournissent des indications de premier ordre?

Les indications tirées du *siége*, quoique généralement moins importantes, ne sont pas, tant s'en faut, à dédaigner. Il y a toujours indication de surveiller le lieu des manifestations morbides, afin de maintenir celles-ci dans le degré qui convient à la solution. Les régions occupées par la maladie offrent-elles des conditions de structure favorables ou défavorables? Dans ce dernier cas, que faut-il faire pour obvier à l'inconvénient? Le praticien découvre de ce côté toute une série d'indications sérieuses qu'il doit s'attacher à ne pas méconnaître. Les indications tirées du siége acquièrent la plus haute valeur, lorsque l'organe atteint représente un instrument nécessaire ou un centre de sympathies. Le siége indique d'autant plus que la maladie est locale; on sait ce que vaut la connaissance précise du siége des lésions chirurgicales, au point de vue du diagnostic, du pronostic, et des opérations à exécuter.

Le *siége* et la *forme* sont des notions inséparables, se complétant l'une l'autre. La notion du siége d'une lésion servirait peu, si l'on ignorait que cette lésion est fluxionnaire, phlegmasique,

hémorrhagique, ulcéreuse, etc. De chacune de ces dernières circonstances proviennent des indications particulières: accessoires quand elles sont primées par celles d'une affection ; principales si le mal est entièrement local, ou bien quand l'affection est de celles devant lesquelles nous sommes désarmés; urgentes si la lésion, par ses progrès, met la vie en péril. N'oublions pas que les indications fournies par le siége et la forme de la lésion peuvent ne pas s'accorder avec celles qui viennent de l'ensemble. Telle est, par exemple, une phlegmasie chez un sujet débilité. Dans ce cas et dans les analogues, on compare, on apprécie la valeur des indications diverses, et on satisfait à chacune selon la mesure commandée par la contre-indication. La forme aiguë ou chronique de la maladie, les périodes d'incubation, de prodromes, de déviation, de restauration, de crise, de convalescence, les rechutes, les récidives, sont le point de départ d'indications spéciales que je me contente de rappeler. Au besoin, le lecteur trouvera les explications nécessaires dans les chapitres où ces sujets ont été exposés.

J'en dis autant des indications qui sont tirées de la situation du sujet (*âge, sexe, tempérament, idiosyncrasie, constitution, grossesse, puerpéralité*, etc.). Ces détails ont été étudiés avec assez d'insistance pour qu'il soit nécessaire d'y revenir.

Enfin, il y a des indications imposées au praticien par l'état présent de la science eu égard aux agents thérapeutiques. J'ai dit plus haut que certaines indications même très-importantes étaient, pour le moment, comme si elles n'existaient pas, parce que nous n'avons pas les moyens de les remplir. J'ai expliqué en même temps comment une indication, en soi accessoire, devenait, par suite de circonstances de ce genre, une indication principale. Pour qu'une indication ait toute sa valeur pratique, il lui faut, sachons-le bien, son complément nécessaire : une méthode, et un agent sur lequel on puisse compter.

Disons, par anticipation, que le même agent possède souvent d'autres propriétés que celle que réclame le cas présent, et que selon sa manière d'impressionner le sujet, il peut provoquer des mutations inopportunes; de là, son impuissance et même son hostilité si le sujet présente une prédisposition à sentir outre mesure ces qualités hostiles. Ces erreurs relatives à l'indication n'ont pas toujours des conséquences funestes. L'agent opère quelquefois autrement qu'on ne voulait, et cela est heureux. Croyant à

une pléthore vraie, on pratique une saignée aux fins de débarrasser l'appareil vasculaire de son trop plein. On s'est trompé sur l'indication, car la pléthore était fausse et les symptômes se rattachaient à un spasme interne. Mais la saignée a provoqué un mouvement d'expansion qui a détruit le spasme, et, le sujet étant assez robuste pour supporter la perte de sang, elle a eu un plein succès. On prend un embarras intestinal pour un embarras gastrique; l'émétique prescrit agit comme un purgatif, et la véritable indication est remplie. Quand la nature vivante est bien disposée, une impression un peu en rapport avec ses besoins actuels provoque l'acte médicateur. Elle peut même, ainsi que nous l'avons vu plus haut, lutter avantageusement contre un traitement décidément défectueux. Dans ces heureuses circonstances, le malade recèle en lui-même un auxiliaire qui corrige les fautes évitables ou inévitables de son médecin.

On doit non-seulement reconnaître les indications présentes, mais aussi prévoir les indications futures. Cette prévision est un avertissement eu égard à la manière de remplir les premières. Les moyens employés actuellement ne doivent pas nuire à ceux qu'il faudra mettre en usage plus tard. C'est ainsi qu'au commencement des maladies longues, laborieuses, la fièvre typhoïde par exemple, on satisfera aux indications tirées d'un éréthisme sanguin, avec une mesure calculée sur la nécessité de conserver au sujet des forces suffisantes pour subir son épreuve jusqu'au bout. Dans un pays où règnent les fièvres d'accès, on sera réservé dans l'emploi des débilitants indiqués par une phlegmasie, parce que, comme l'expérience l'a prouvé, la phlegmasie pouvant devenir intermittente, un affaiblissement trop considérable mettrait le malade hors d'état de sentir convenablement l'action bienfaisante du spécifique. Si, au moment de prendre un parti, on reconnaît ou même on soupçonne un fait morbide en voie de préparation et capable, en grandissant, de devenir plus tard un sujet sérieux d'indication, on modifiera sa conduite en vue de cette probabilité.

J'ai dit que selon la combinaison des circonstances et la succession des événements, telle indication d'abord d'une importance secondaire devenait la première, et je me suis expliqué là-dessus. Toutefois, il est bon de rappeler ici que les anciens appelaient *vitales*, pour montrer le prix qu'ils y attachaient, les indications qui se tirent des forces. Guérir la maladie, *tollere morbum*, est

sans doute une chose désirable; mais il en est une autre qui passe avant elle, c'est la conservation de la vie, *servare facultatem*. En maintenant les forces en aussi bon état que possible, on concourt puissamment à la guérison, on modère les progrès du mal, et de plus on va au secours du fonctionnement hygide, que l'on soutient ainsi au degré nécessaire. Il se peut qu'en agissant sur les parties restées saines, on leur communique une vigueur pour le bien qui se propage de proche en proche aux parties malades, de manière à obtenir de l'ensemble l'effort indispensable pour la synergie médicatrice. Les faits de ces transformations heureuses s'accomplissant ainsi et aboutissant à la guérison, sont aussi prouvés que ceux dans lesquels le mal amène le mal, jusqu'à ce que l'état du sujet devienne incurable. En tout cas, l'opinion des anciens sur la nécessité toujours présente de veiller aux forces, est de celles qui, en thérapeutique, ont la valeur d'un axiome.

CHAPITRE II.

CONTRE-INDICATIONS.

Une circonstance quelconque s'opposant à ce qu'on emploie les moyens réclamés par une indication est, par rapport à cette dernière, une *contre-indication*. La contre-indication implique donc l'existence préalable d'une indication reconnue. Au début de plusieurs cas morbides, rien n'est formé, rien n'est significatif, et on ne sait que penser de la maladie. La question qu'on se pose avant toutes les autres : Faut-il ou non une médecine agissante? reste quelque temps sans réponse possible. Les prescriptions de régime, dont le praticien se contente alors, ont certes un motif, mais ce motif n'est pas une indication ; c'est au contraire parce qu'il n'y a pas d'indication, que l'on se borne à des prescriptions banales dont tout l'effet qu'on en attend est de ne pas nuire, et qui ne sont pas encore le véritable traitement. *Incerta indicatione*, a dit Stoll, *maneas in generalibus*.

On peut, si l'on veut, désigner cette conduite sous le nom de médecine expectante, mais alors il faut la distinguer de ce que je ferai connaître plus tard sous le titre de méthode thérapeutique naturelle. Ici le praticien a posé son diagnostic, il est éclairé, et s'il se décide à se confier à la faculté médicatrice, c'est d'après

une indication tirée des signes annonçant la bonne situation de cette dernière.

L'abstention qui repose sur l'absence d'indications n'est pas motivée par une contre-indication. Ce n'est pas non plus une contre-indication qui empêche de remplir une indication à laquelle ne répond aucun agent connu. Si nous renonçons à instituer, contre l'affection cancéreuse, un traitement interne, c'est que sans méconnaître la valeur de cette indication, nous mesurons notre impuissance de ce côté, et que nous préférons nous diriger d'après d'autres indications moins importantes, mais à l'égard desquelles nous avons une action bienfaisante et réelle.

La contre-indication suppose non-seulement une indication, mais encore une indication qui ailleurs pourrait être remplie, alors que dans le cas actuel elle ne peut pas l'être.

La contre-indication est donc, en réalité, une indication qui en contredit thérapeutiquement une autre. C'est un obstacle qu'il faut vaincre ou tourner.

Le principal de l'obstacle est dans la maladie et dans ses conséquences naturelles; il vient du sujet, du milieu, et j'entends par milieu, non-seulement l'atmosphère enveloppant le malade, mais encore toutes les choses du dehors qui ont action sur lui, y compris l'agent thérapeutique lui-même. Je fais observer que toutes ces conditions peuvent concourir, pour une part plus ou moins grande, à former l'obstacle. La division que je propose n'en est pas moins utile pour l'exposition de mes idées sur la contre-indication; d'ailleurs, l'obstacle résidant, dans la majorité des cas, plus spécialement de l'un ou de l'autre côté, il est bon de parler séparément de chacune de ces choses.

I. Contre-indications venant de la maladie et de ses progrès naturels.

Il y a indication de débarrasser l'estomac des saburres qu'il contient; mais il existe en même temps un état d'éréthisme qui s'oppose à l'action salutaire de l'émétique, et capable même de rendre celui-ci dangereux. L'émétique est alors contre-indiqué. Il faut préalablement que l'éréthisme ait disparu, ce qui aura lieu sous l'influence du temps ou d'un traitement approprié. L'indication qui doit passer la première, pour qu'une autre indication soit convenablement remplie, est donc, à l'égard de cette der-

nière, une contre-indication. Dans le cas cité, on a l'espoir fondé de faire disparaître l'obstacle. Il n'en est pas toujours ainsi. Trop souvent la contre-indication tient à une lésion fixe, susceptible d'aggravation : soit, par exemple, un individu atteint d'une tumeur blanche réclamant l'amputation, et chez qui l'on découvre des tubercules viscéraux; ou bien c'est un cancer opérable chez un sujet porteur d'un cancer interne. Dans ces cas, l'opération est contre-indiquée, l'expérience ayant appris que d'ordinaire elle exerce une influence fâcheuse sur le mal intérieur. Des événements appartenant à la maladie et provenant de son extension naturelle, peuvent donc être une contre-indication provisoire ou permanente, selon les cas. Une complication peut remplir le même rôle. Ainsi, une fluxion inflammatoire survenue après une luxation contre-indique, tant qu'elle existera, la réduction de l'os. A moins d'indication urgente venant de la maladie compliquée, le traitement de la complication doit passer le premier. Dans les maladies composées, l'élément prédominant est une contre-indication du traitement de l'autre élément. L'expérience a prouvé qu'une fièvre bilieuse inflammatoire exige d'abord qu'on s'occupe de l'élément inflammatoire; ce n'est que lorsque celui-ci est convenablement modéré que les agents thérapeutiques réclamés par l'élément bilieux seront opportuns. Dans une maladie composée de scorbut et de syphilis, c'est par les anti-scorbutiques qu'il convient de commencer. Dans les chloroses avec prédominance de l'éréthisme nerveux, les sédatifs doivent passer avant les ferrugineux, qui seraient inutiles et même dangereux.

II. Contre-indications fournies par le sujet.

Ce que j'ai dit des indications provenant du *sujet* et de leur importance (état des forces, âge, tempérament, idiosyncrasie, etc.), permet de comprendre comment elles peuvent se trouver en contradiction avec celles que fournit la maladie. Évidemment tout agent thérapeutique est contre-indiqué lorsque, par suite de prédispositions fâcheuses, il ne doit pas être toléré.

Les prédispositions contre-indiquantes peuvent avoir leur cause principale dans le milieu ambiant. On remarque, dans certaines constitutions médicales, que des remèdes d'ailleurs éprouvés perdent leur vertu et même deviennent hostiles. Une influence venue

du dehors, trop souvent occulte, a modifié l'organisme de manière à le rendre intolérant et inhabile à réaliser les actes médicateurs que l'agent thérapeutique provoque d'ordinaire.

Tous les épidémiographes ont noté des faits de ce genre fréquemment inexplicables. Si l'on a trouvé le remède qui convient, ç'a été grâce à des tâtonnements empiriques. On voit alors des populations entières présenter passagèrement l'analogue des idiosyncrasies singulières et mystérieuses que l'on rencontre chez certains individus.

De leur côté, les chirurgiens ont remarqué des époques où, par suite d'idiosyncrasies semblables, presque toutes les opérations provoquent des accidents tellement graves qu'ils sont réduits à pratiquer seulement les opérations urgentes.

Connues ou inconnues, ce sont ces prédispositions qui font que telle propriété accessoire d'un médicament, irritante, hyposthénisante, est sentie outre mesure par certains sujets de manière à rendre ce médicament décidément hostile.

La crainte que doit inspirer la possibilité des effets nuisibles d'un agent thérapeutique est exagérée chez quelques praticiens méticuleux. Ils ajoutent des correctifs, ils diminuent les doses, ils voient partout des contre-indications quand il s'agit d'un moyen un peu énergique, au point que toute leur médecine se réduit presqu'à l'expectation pure. Cet excès est aussi blâmable que l'excès inverse des audacieux qui vont droit devant eux, sans souci des obstacles. La science des indications, des contre-indications et de leurs rapports respectifs, doit mettre à l'abri de semblables fautes. Sans elle, toute instruction médicale devient inutile au lit du malade.

La contre-indication, n'étant à vrai dire qu'une indication qui s'oppose à une autre, est susceptible de prendre toutes les qualités signalées plus haut au sujet des indications elles-mêmes. La contre-indication peut donc être, selon les cas, rationnelle, empirique, transitoire, permanente, etc. On la reconnaît par le diagnostic et le pronostic compris dans le sens de l'appréciation de l'état et des besoins de la faculté médicatrice. Les mêmes instruments logiques peuvent servir. Le lecteur fera de lui-même et sans peine à la contre-indication l'application des idées précédemment émises au sujet de l'indication. Ces deux choses se limitent, s'éclairent mutuellement, et constituent une même étude.

CHAPITRE III.

ANALYSE THÉRAPEUTIQUE OU CLINIQUE.

Cette analyse a pour objet la recherche de ce qui est susceptible de fournir une indication. Chaque sujet d'indication méritant d'être étudié à part, a reçu le nom d'*élément*.

Les éléments thérapeutiques se trouvent dans les faits qui, précédant la maladie, ont contribué à la former et fréquemment l'entretiennent; ou bien ils sont dans la maladie elle-même; de là, des éléments *étiologiques*, des éléments *morbides*.

ARTICLE PREMIER. — ÉLÉMENTS OU INDICATIONS ÉTIOLOGIQUES.

L'élément *étiologique* est placé en dehors de la maladie; il concourt plus ou moins à la former, mais il n'est pas dans la maladie. L'élément ou indication étiologique peut se trouver dans l'individu; de ce nombre sont les causes provocatrices morales, les prédispositions héréditaires ou acquises. Une cause morale est, dans certains cas, le fait important qu'il faut faire disparaître avant tout. La prédisposition, quoique parfois bien difficile à distinguer, au lit du malade, de la maladie à laquelle elle aboutit, n'est pas encore la maladie tant qu'elle n'est que prédisposition. Au point de vue où nous sommes, ces éléments thérapeutiques veulent être placés à côté de ceux que fournit le milieu. Les influences du milieu même les plus énergiques, virus, poison, traumatisme, sont, par rapport à la maladie, des incitations, des provocations, dont l'importance eu égard au traitement est évidente. Nous avons là tout autant d'indications qu'il importe de distinguer de celles que présentent les faits constitutifs de la maladie. Il est inutile de revenir sur ces objets, déjà longuement étudiés, et d'en recommencer la longue énumération. Je me contente de quelques considérations relatives à la valeur des éléments étiologiques, selon les cas. Ces considérations ne seront certes pas nouvelles pour le lecteur qui se souvient de ce que j'ai dit dans la partie de ce livre consacrée à l'*étiologie*; toutefois je crois convenable d'en résumer ici le sens thérapeutique.

L'indication étiologique est majeure quand le fait qui la constitue prime tous les autres : telle est, dans les maladies chroniques, une prédisposition héréditaire; telle est aussi une cause déterminante assez influente, assez énergique pour tenir la maladie sous sa dépendance. En conséquence, dans toutes les maladies que j'ai appelées dépendantes, l'indication première est dans la provocation. Ainsi, pour un cas d'empoisonnement, il faut d'abord éliminer, détruire le poison ; tout traumatisme qui peut être immédiatement réparé (luxation, hémorrhagie, corps étranger, etc.) doit l'être au plus tôt, et quand ce traumatisme exige un long travail organique, l'indication est, dès le commencement, de favoriser par tous les moyens possibles la formation régulière de ce travail (plaie, fracture, etc.).

Tant qu'une maladie contagieuse, infectieuse, n'est pas formée, l'indication capitale est la destruction du virus, de l'agent infectant, introduit dans l'organisme. Celui-ci étant, en temps utile, soustrait à l'action de ces causes, il n'y a plus de raison pour qu'il devienne malade.

La maladie est-elle une viciation survenue spontanément ou émancipée de sa provocation, alors l'indication étiologique ne tient plus la première place, elle cède en importance à celle qui se tire de la viciation idiopathique, générale ou locale, qui est alors le fait initial, le fait causateur. L'indication étiologique n'est accessoire que relativement, et ne doit jamais être négligée. Il y a toujours indication de modifier le sujet, le milieu, de manière à réunir les conditions les plus favorables à l'exercice de la faculté médicatrice. Il faut toujours écarter les influences hostiles, d'où qu'elles viennent, et leur substituer autant que possible des influences bienfaisantes. Beaucoup de traitements échouent parce qu'on a laissé agir une action morbifique. Fréquemment celle-ci est persistante et sa présence tend à aggraver la maladie. De là, la nécessité constante d'une bonne hygiène. Enlever le typhique, le scorbutique, le scrofuleux, le fébricitant, du milieu où ils ont contracté leur maladie, est une indication toujours bonne à remplir.

Il est aisé de comprendre que les indications étiologiques sont le point de départ des traitements prophylactiques. Je fais remarquer à ce sujet que l'indication prophylactique rentre parfaitement dans ma définition générale de l'indication. Effectivement

toute prophylaxie est la satisfaction d'un besoin de la faculté conservatrice, la même au fond que la faculté médicatrice, ainsi que je l'ai expliqué.

Il suffit de rappeler que l'appréciation des antécédents et des circonstances au sein desquelles la maladie a pris naissance, est un précieux secours pour le diagnostic et pour le pronostic, qui sont, on s'en souvient, les données sur lesquelles repose l'indication. Dans certains cas, les phénomènes de la maladie suggéreraient un diagnostic erroné, et c'est l'étiologie qui révèle la vérité. Tout le monde sait la lumière qu'apporte dans les cas douteux la connaissance des agents morbifiques auxquels le sujet a été exposé; on n'ignore pas, non plus, que dans une maladie épidémique la valeur diagnostique des lésions et des symptômes ne mérite qu'une confiance limitée. C'est la notion empirique de l'élément épidémique qui fait le principal du diagnostic et qui commande le traitement.

Disons, en finissant, qu'un grand nombre d'indications tirées des faits intrinsèques de la maladie sont en réalité des indications étiologiques. Que fait-on, en effet, lorsqu'on traite la cause morbide d'une maladie symptomatique, sympathique, sinon obéir à une indication étiologique? Ne fait-on pas une espèce de traitement prophylactique lorsqu'on modère, lorsqu'on combat une lésion dont le développement doit provoquer des scènes morbides nouvelles, des complications.

J'ai été bref au sujet des éléments étiologiques. Les praticiens s'entendent généralement sur cette question, du reste facile, et pour laquelle le lecteur se renseignera au chapitre de l'*Étiologie*. La question des éléments morbides est autrement embarrassante; peu de médecins l'ont abordée, l'accord entre eux est loin d'exister; elle est neuve à beaucoup d'égards, et je dois la traiter en entier.

ARTICLE II. — ÉLÉMENTS MORBIDES.

L'analyse des phénomènes intrinsèques de la maladie a été de tout temps recommandée. Galien, Fernel, Stoll en particulier, se sont expliqués très-nettement là-dessus, et en bons termes. Ce travail s'impose à tous les praticiens. Chacun l'exécute, bon ou mauvais, à sa façon. Nos traitements varient selon l'idée que nous nous formons sur les parties qui se rattachent à la maladie. Par

une première analyse, nous mettons à part les éléments étiologiques, puis nous cherchons les éléments morbides. Une fois ces éléments connus et leurs rapports réciproques déterminés, nous sommes en mesure d'établir les indications.

L'intelligence de l'élément étiologique est aisée. On peut rencontrer sans doute, pour le trouver, pour l'apprécier, de grandes difficultés pratiques; mais on sait en quoi il consiste. Très-souvent c'est un agent matériel, circonstance favorable à son acceptation. On est donc placé, en ce qui concerne l'élément étiologique, sur un terrain largement accessible à tous les esprits. Nous nous entendons tous sur l'idée première, sur la voie qu'il faut suivre pour le progrès.

Les mêmes facilités, le même accord n'existent pas pour l'élément morbide. Que doit-être un élément morbide? On a fait à cette question des réponses bien différentes. Pendant longtemps elle n'a pas été scientifiquement posée. Chacun se contentait de la résoudre pour son compte, pour les besoins de la pratique. L'analyse clinique du fait morbide, envisagée au point de vue de la thérapeutique générale, n'a été sérieusement étudiée qu'à une époque voisine de la nôtre. L'historique de ce qui a été tenté antérieurement sous forme de vœux plus ou moins explicites, d'essais limités à telle maladie, se trouve exposé dans un ouvrage de F. Bérard auquel je renvoie le lecteur[1].

La fin du XVIIIe siècle était un temps opportun pour les travaux de ce genre. La philosophie régnante avait mis plus que jamais l'analyse en honneur. Les progrès rapides des sciences physiques, sous l'influence de cet instrument logique, inspirèrent naturellement la pensée d'en réglementer l'usage en médecine clinique.

Barthez se mit à l'œuvre. Quelque jugement que l'on porte sur les résultats qu'il obtint, personne ne lui conteste l'honneur de l'initiative. L'École de Montpellier tout entière s'est portée sur les traces de ce maître. Pratique, enseignement parlé ou écrit, sont ici dirigés vers le perfectionnement de la doctrine des éléments morbides. Pinel et Bichat commencèrent le mouvement parallèle, qui se continue à Paris. Chacune de ces Écoles comprend l'élément morbide à sa manière, conformément à l'idée différente

[1] F. Bérard; *Application de l'analyse à la médecine pratique*, dans l'édition publiée par F. Bérard et Rouzet; *De la doctrine générale des maladies chroniques* de Dumas, tom. II, pag. 421 et suiv.

qu'elle se fait de la maladie : de là, une grande cause d'embarras pour les commençants.

Il me paraît utile d'exposer les principales opinions émises, et d'abord celles qui sont étrangères à notre École.

§ I. Éléments morbides tels qu'ils ont été considérés hors de Montpellier.

Aux yeux de Brown, de Rasori, de Broussais, les maladies étaient réductibles à deux modes, le *sthénique*, l'*asthénique*. Ces deux éléments leur suffisaient pour tout expliquer. Cette analyse écourtée comptait naguère des défenseurs nombreux et intrépides. Je doute qu'il en existe un seul aujourd'hui. La démonstration de son insuffisance serait superflue.

L'organicisme, inauguré par Pinel et Bichat, voit l'élément morbide dans les changements anatomiques constatés dans les organes. Grâce aux progrès de l'anatomie, l'organicisme primitif est devenu histologique. M. Piorry est le représentant le plus convaincu, le plus complet, de la première manière. Dans la seconde, les lésions d'organes sont un effet dû à l'altération des parties constitutives des tissus et des liquides, altération que le microscope dévoile. Quand on part du principe que toute maladie est primitivement une modification de ces tissus, de ces liquides, il est logique, en effet, de chercher l'élément morbide dans l'élément anatomique. On poursuit maintenant avec ardeur les investigations de ce genre.

Mais, à leur tour, les lésions des éléments anatomiques ont une cause. Pour certains, il n'est pas nécessaire d'invoquer une force particulière. Les phénomènes du monde vivant sont, au fond, les mêmes que ceux du monde inanimé. Notre corps n'est qu'un laboratoire de chimie et de physique, à procédés plus compliqués. A ce compte, les éléments morbides ne diffèrent pas des éléments des machines inanimées. Il y a bien peu de praticiens qui aient le courage d'adopter une thérapeutique entièrement en rapport avec cette pensée.

La plupart reconnaissent la nécessité d'attendre un temps plus favorable, et ils ont provisoirement recours à une force inconnue; il faut bien alors que pour les maladies qui se refusent, de leur aveu, à l'explication favorite, ils admettent des éléments dont la physique et la chimie ne peuvent donner une idée.

Il suit de là que beaucoup de médecins prennent le parti de rester éclectiques à propos des éléments. Ceux-ci déclarent que toutes les opinions touchant la cause génératrice des phénomènes hygides et pathologiques méritent d'être conservées, et ils admettent à côté les uns des autres des éléments conçus d'après chacune des doctrines qui ont cours aujourd'hui.

M. Gintrac[1] doit être rangé parmi les éclectiques. Effectivement il adopte trois catégories d'éléments. Les uns sont des lésions des solides ; les autres sont des lésions des liquides. La troisième division comprend les dispositions générales, constitutionnelles (diathèses). Ceci est la part faite au vitalisme.

M. Monneret[2], encore un éclectique, arrive à des résultats différents. Voici la classification qu'il propose :

1° Éléments consistant dans un trouble des propriétés vitales;

2° Éléments consistant dans une altération du sang ;

3° Éléments consistant dans une altération simultanée des liquides et des solides ;

4° Éléments consistant dans une altération commune à tous les solides.

De l'éclectisme au scepticisme médical, il n'y a qu'un pas. J'appelle sceptiques ceux qui professent n'avoir aucun avis sur la cause de la vie. Les phénomènes (lésions fonctionnelles, lésions anatomiques) méritent seuls confiance ; le reste est hypothèse, et ils ne veulent pas asseoir leur thérapeutique sur une hypothèse.

M. Debreyne[3] est de cet avis. Pour lui, les éléments sont des groupes de symptômes que l'observation nous montre unis d'une certaine manière, et constituant des sources d'indications qu'il faut remplir par tels ou tels agents thérapeutiques.

Dans les derniers temps de sa vie, M. Forget s'est occupé des éléments. Il trouve vagues, embrouillées, incomplètes, les opinions émises avant lui, et en veut une large, précise, simple et par-dessus tout positive. Il croit l'avoir rencontrée.

Dès que Barthez eut posé la question des éléments comme le problème capital de la thérapeutique, les praticiens en saisirent d'instinct toute l'importance. Beaucoup, peu soucieux de théorie

1 Gintrac ; *Cours théorique et clinique de pathologie interne*, 1853.

2 Monneret ; *Traité de pathologie générale*, tom. I, pag. 281 et suiv.

3 Debreyne ; *Essai analytique et synthétique sur la doctrine des éléments morbides considérés dans leur application thérapeutique*, 1849.

et évitant de s'embarrasser l'esprit dans des distinctions qu'ils jugeaient subtiles, trouvèrent naturel de dire que tout ce qui *indique* était un élément. Cette définition nette est au niveau du vulgaire des intelligences. Elle a partout des partisans, mais elle n'avait pas encore rencontré une plume pour la soutenir, une chaire pour l'enseigner : M. Forget lui a donné cette bonne fortune[1].

D'après ce professeur, Montpellier n'admet comme élément que des groupes symptomatiques ou quelques symptômes capitaux..... La définition de M. Gintrac ouvre la porte à cette phalange d'entités problématiques, dont lui, M. Forget, veut purger la science en n'admettant que des éléments positifs, c'est-à-dire visibles, tangibles. Les éléments de l'École de Montpellier, par leur prétention systématique; les états organiques de l'École de Paris, en faisant abstraction des éléments fonctionnels, ne satisfont qu'incomplètement ; tandis que la doctrine des éléments réels, embrassant les états organiques et les états fonctionnels, ne répudie que l'hypothèse et le mysticisme, se concilie les esprits droits par sa généralité même.

Jusque-là, M. Forget fait de l'éclectisme et ne se distingue pas, du moins quant au principe, de MM. Gintrac et Monneret ; mais, d'après lui encore, tout ce qui implique une indication thérapeutique particulière est un élément : ainsi, la chaleur, le froid, la dyspnée, la toux, la fréquence du pouls, le vomissement, la constipation, la diarrhée, le météorisme, l'infiltration, la céphalalgie, le délire, etc.; toutes les circonstances étiologiques, toutes les particularités de siége, de pronostic, de traitement, sont des éléments; âge, sexe, constitution, habitude, *circumfusa, applicata, ingesta,* etc.; lésions de tissus, d'organes, symptômes fonctionnels, marche, type, terminaisons, complications, choix de la médication, puis du médicament, composition, forme, dose, mode, lieu d'application, effets physiologiques et curatifs. Il fait remarquer que tous ces éléments sont empruntés à l'observation positive, que ce ne sont plus des éléments fictifs, comme ceux de l'antiquité, ou hypothétiques, comme le sont parfois ceux de l'École de Montpellier.

[1] Forget; *De la doctrine des éléments morbides appliqués à la thérapeutique*, in *Bulletin général de thérapeutique*, 15 janvier 1850. — Lettre du professeur Forget au professeur Gintrac; *Ibid.*, 30 novembre 1854.

Ces diverses manières d'entendre l'élément, réunissent des adhérents et se rattachent à une doctrine reconnue. Je ne puis en dire autant de celle de M. Pidoux. M. Pidoux est l'adversaire de tout le monde. Il combat avec la même énergie toutes les espèces de vitalisme, l'animisme, l'organicisme, le physicisme, le chimisme, etc. Il a indiqué sa pensée sur les éléments morbides dans les écrits suivants : *Introduction*, par M. Huet, à l'ouvrage de M. Bordas-Demoulin sur le *Cartésianisme*, pag. 91 et suiv. M. Huet expose les idées de M. Pidoux d'après un manuscrit qui lui a été confié par ce dernier. — *Coup d'œil critique sur la scolastique médicale*, à l'occasion du premier volume des *Éléments de pathologie*, par M. Requin, in *Journal des connaissances médico-chirurgicales*, février 1845. — *De la nécessité du spiritualisme pour régénérer les sciences médicales*. M. Pidoux a promis des développements qu'il n'a pas donnés, à ma connaissance du moins.

Voici son opinion, autant que j'ai pu la saisir :

Par suite du péché originel, le corps de l'homme, voué au mal, possède l'aptitude innée à produire spontanément la douleur, le spasme, la convulsion, la fièvre, la fluxion, l'irritation, l'hémorrhagie, l'hydropisie, etc. Ces choses ont toujours existé et existeront dans tous les temps et partout ; on les retrouve dans les animaux voisins de l'homme. Elles se distinguent en cela des maladies spécifiques, qui, moins intimement attachées à la nature humaine, ne sont venues que plus tard, paraissent et disparaissent. Nous pouvons espérer de nous débarrasser de ces dernières et non des autres, lesquelles, étant les plus naturelles, sont les éléments morbides.

L'École animiste, qui cherche maintenant à se constituer, n'a pas, que je sache, abordé encore le problème des éléments.

Je viens de faire connaître les idées émises hors de Montpellier depuis la fin du XVIIIe siècle. Maintenant, arrêtons nos regards autour de nous.

§ II. Éléments morbides tels qu'on les a compris à Montpellier.

Les livres de Barthez ne traitent nulle part *ex professo* la question de l'analyse clinique. On y trouve des spécimens de sa manière d'appliquer l'analyse à certains ordres de maladies, à des

cas individuels. Mais la pensée du maître est partout, notamment dans la préface du *Traité des maladies goutteuses*. Il se plaisait à la développer dans ses leçons. Pour la bien connaître, je la demanderai à M. Lordat, son disciple préféré, son continuateur.

« Les éléments sont les affections que la cause de la vie éprouve dans les maladies et les actes simples qu'elle y produit ensemble ou successivement...... On sait que toutes les fonctions naturelles se composent de combinaisons et de suites de phénomènes simples que l'unité vitale exécute au moyen des facultés sensitive, motrice, altérante, plastique, etc., dont elle est douée.... Cette analyse doit aider à concevoir que les maladies, quelque longue qu'en soit l'énumération, se résolvent de même en un nombre circonscrit de phénomènes élémentaires que présente la puissance vitale vicieusement modifiée : ce sont des altérations de la sensibilité, un exercice insolite des mouvements, une aberration des actes, qui règlent la constitution chimique des humeurs, etc. C'est là ce que Barthez nomme les éléments des maladies [1]. »

Selon son habitude, M. Lordat fait observer que la méthode pour trouver les éléments est la même que celle des psychologues et des moralistes, quand ils recherchent les états premiers de l'âme, pour arriver à la théorie des opérations mentales, des caractères, des passions.

En résumé, l'élément pathologique est un mode anormal, une lésion de la force vitale.

Golfin adopte cette pensée. Il l'a développée [2] d'une manière fructueuse, en étudiant séparément les éléments dont la nature est appréciable, et ceux que l'on constate empiriquement et qui sont les éléments spécifiques.

Après quelques oscillations, Caizergues [3] finit par se ranger définitivement du côté de Barthez.

Dumas était au fond barthézien. Toutefois il tendait à échapper à cette influence. Voici sa définition :

« Nous entendons par éléments d'une maladie, toutes les affections simples que la différence de ses phénomènes comparés

[1] Lordat; *Exposition de la doctrine de Barthez*, pag. 289 à 292.

[2] Golfin; *De l'existence des affections spécifiques de l'agrégat humain*, 1847.

[3] Caizergues; *Des systèmes en médecine et de leur influence sur le traitement des maladies*, 1827.

y démontre, et qui sont assez dominants pour y produire divers ordres de symptômes constants et déterminés[1]. »

Ceci est une condition dont les barthéziens purs ne parlent pas. Dumas semble croire que c'est uniquement par les symptômes qu'on arrive aux éléments. En tout cas, il accorde une importance exagérée à l'expression symptomatique.

Jusque-là pourtant on était d'accord sur la pensée mère : l'élément est la force vitale morbidement modifiée d'une manière simple et distincte. La première déviation doctrinale est venue de F. Bérard. F. Bérard ne veut pas qu'on fasse intervenir la force vitale, notion abstraite, pleine d'obscurités et de mystères, et qui ne peut être le point de départ d'une science grave comme la thérapeutique. La maladie, au contraire, est expérimentalement connue et positive. En dehors de la maladie, il n'y a que des possibles. La maladie simple, idiopathique, voilà l'élément. L'analyse de F. Bérard ne porte que sur les maladies composées, compliquées. Prétendre l'appliquer ailleurs, c'est décomposer par plaisir, c'est plier la nature des faits à des opinions systématiques[2].

Pour M, Quissac, l'élément est un état morbide simple, ayant des caractères propres, fournissant une indication spéciale, et se présentant dans la plupart des maladies[3].

Sauf quelques changements de peu d'importance, cette définition est celle de M. Farrat[4].

Remarquons le point où F. Bérard, M. Quissac et M. Farrat s'écartent de la ligne barthézienne. Barthez tient à établir que l'élément est une modification de la force vitale; F. Bérard, MM. Quissac et Farrat, ne s'en préoccupent en aucune façon. Soit tiédeur de conviction, soit désir instinctif de ne pas effaroucher les incrédules, et de mettre la doctrine des éléments à la portée de tous, de la rendre acceptable pour toutes les Écoles, ils se placent en dehors de la sphère où s'agitent les problèmes les plus élevés de la physiologie. C'est au fait directement appréciable

[1] Dumas; *Doctrine générale des maladies chroniques*, 2e partie, chap. I. p. 231.

[2] F. Bérard; *Application de l'analyse à la médecine pratique*. Voir aussi les notes nombreuses ajoutées par F. Bérard au texte de Dumas.

[3] Quissac; *De la doctrine des éléments et de son application à la médec. pratique*.

[4] Farrat; *De l'analyse en médecine et des éléments morbides au point de vue historique et clinique*. (Thèse de concours pour l'agrégation : Montpellier, 1857.)

qu'ils s'adressent, c'est là qu'ils restent cantonnés. Ils croient ainsi servir les intérêts de la médecine pratique, en débarrassant la question des éléments des parties sur lesquelles les Écoles diverses sont en litige. Pour eux, l'élément est nécessairement une indication. Voilà un mot que tout praticien comprend, et qui doit entraîner son adhésion; trop peut-être, car alors il sera tenté d'éviter la difficulté en confondant l'élément avec l'indication. On n'ira pas aussi loin que l'a été plus tard M. Forget, lequel, on s'en souvient, voit des éléments partout où il y a des indications; mais en restant dans les limites du fait morbide, on s'inspirera de la même pensée.

Quant à la condition exigée par M. Quissac : l'élément doit se trouver dans la plupart des maladies, elle rappelle la formule de M. Pidoux, d'après laquelle les états morbides élémentaires sont ceux qui, plus naturels à l'homme, naissent spontanément et se rencontrent dans tous les temps et dans tous les lieux.

En résumé, la filiation des idées, à Montpellier, a été la suivante :

Pour Barthez, l'élément est une modification extra-hygide de la force vitale. Les médecins convaincus que les propriétés de la matière ne peuvent expliquer la vie, se rangent à l'opinion de Barthez.

Dumas veut que l'élément soit toujours exprimé par des phénomènes semblables, et s'efforce ainsi de donner la main à ceux qui considèrent l'élément comme une collection de symptômes, comme un fait d'histoire naturelle.

F. Bérard tient compte seulement du fait morbide sensible, et le déclare élément lorsqu'il est idiopathique et source d'indication.

M. Quissac se sépare de F. Bérard, en exigeant que l'élément se trouve dans la plupart des maladies.

D'autres enfin, exagérant tout à fait la pensée de F. Bérard, concluent nettement à ceci : l'élément n'est pas autre chose que l'indication. Mais, mieux avisés que M. Forget, ils ne font pas de l'analyse à outrance et s'arrêtent aux indications sérieuses.

§ III. **Appréciation.**

Telles sont les opinions qui m'ont paru dignes d'être mentionnées. Le moment de les examiner est venu.

Commençons par la plus large : élément et indication sont une même chose.

Il n'est pas nécessaire d'insister sur ceci, que M. Forget, en confondant les indications étiologiques et les indications morbides, mêle des choses hétérogènes. Ce qu'il propose sous le nom de système n'en est pas un ; tout passe par la porte qu'il a si largement ouverte. Il n'y a rien en effet qui, à son heure et selon les circonstances, ne soit susceptible de devenir un sujet d'indication.

L'élément morbide doit évidemment être cherché dans la maladie même, et ce qui est en dehors de la maladie (causes préparatrices, actions qui la modifient pendant son évolution) exige une étude à part.

Établissons cette séparation commandée par le simple bon sens, et demandons-nous s'il est conforme aux besoins de la thérapeutique que l'élément morbide soit exclusivement considéré comme un sujet d'indication. Je ne suis pas de cet avis.

Nous sommes tous unanimes sur ce point, que nous voulons arriver aux sources des indications. C'est uniquement pour atteindre ce but que la question des éléments a été posée.

Il est bon de faire remarquer, en premier lieu, que si l'élément morbide n'est qu'une indication, on s'explique difficilement le bruit qui se fait autour de lui. Si indication et élément sont synonymes, à quoi bon le mot élément ? Pourquoi l'introduire dans la science lorsqu'il traîne après lui tant d'obscurités, de difficultés, de divergences ? Il faut donc que les praticiens qui, tous, s'obstinent à le conserver, soient convaincus que ce mot répond à une pensée qui n'est pas tout à fait celle de l'indication. Les deux questions ont, sans contredit, de nombreux rapports entre elles. L'élément sert puissamment à découvrir l'indication, il la rend rationnelle, il en est la raison, et cela seul rendrait la distinction obligatoire. D'autres considérations justifient ma manière de voir. Avant de poser l'indication, il est bon d'avoir fait préalablement l'analyse de la maladie. Cette analyse est très-diversement considérée. L'indication, et cela est heureux, est plus aisée à trouver que l'élément. Deux praticiens en désaccord complet sur la nature des éléments morbides, s'entendront sans peine, au lit du malade, sur l'opportunité de l'emploi du mercure, du quinquina, de la saignée, etc. Convenons que, dans ces cas, il est impossible de soutenir qu'indication et élément représentent exactement la même idée.

L'élément, quel qu'il soit, existe dès que la maladie est formée, et cependant l'indication qu'il apporte avec lui peut ne pas exister encore. Bien plus, il ne suffit pas qu'un élément soit reconnu pour qu'il *indique;* c'est de l'appréciation comparative des parties constitutives de la maladie que sort l'indication. Celle de ces parties qui sera jugée, pour le moment, d'une valeur thérapeutique inférieure, n'en sera pas moins un élément, bien que l'indication à laquelle on satisfait se tire d'ailleurs. Qu'il indique, qu'il n'indique pas, l'élément est toujours élément.

L'identification de l'élément avec l'indication est donc inadmissible, et, comme tout ce qui est contraire à la vérité, cette identification risque de devenir dangereuse. La valeur thérapeutique d'un élément varie, selon les cas, depuis zéro jusqu'au plus haut degré d'une échelle fort étendue. Telle partie de la maladie est aujourd'hui le sujet d'une indication majeure, demain elle ne le sera plus, et pourra le redevenir ensuite. La même chose serait donc un élément quand elle indique, et ne le serait plus quand elle n'indique pas.

Si *indication* et *élément* étaient tout un, il s'ensuivrait que, dans le même cas morbide, les éléments varieraient selon que le praticien se décide à agir, à ne pas agir, à prescrire telle médication plutôt que telle autre. Le problème de l'élément ne dépend pas ainsi de nos jugements individuels sur la conduite à tenir. La maladie traitée différemment par deux médecins n'en a pas moins les mêmes éléments.

On peut être d'accord sur les éléments et ne pas l'être sur les indications; et réciproquement, s'entendre très-bien sur les indications et ne pas s'entendre du tout sur les éléments. Bien plus, un biologiste simplement curieux peut se contenter d'étudier les éléments sans se préoccuper le moins du monde des indications.

En ce qui les concerne, les chimistes se gardent bien de confondre les deux problèmes. Quand on leur donne à analyser un produit mixte, une eau minérale, par exemple, ils commencent par noter tout ce qui s'y trouve, et ils se réservent ou laissent à d'autres le soin d'examiner plus tard la valeur utilitaire de chacune des substances composantes. Telle substance jugée d'abord indifférente ou d'une faible importance, peut grandir sous ce rapport, comme telle autre est exposée à déchoir du rang supérieur qui lui avait été attribué. Faisons de même en médecine. Consta-

tons d'abord de notre mieux tous les éléments, et, une fois ce dénombrement opéré, nous en apprécierons la valeur indicative.

On conçoit aisément comment les idées d'élément et d'indication se sont mêlées dans l'esprit de quelques médecins; car les éléments morbides sont la source d'excellentes indications, et, en définitive la recherche des éléments doit être poursuivie en vue de la thérapeutique. Cela n'autorise pas cependant à affirmer que l'indication tirée de l'élément morbide est toujours en première ligne, que l'élément indique toujours actuellement. On serait plutôt dans le vrai en disant que l'élément indique ou est susceptible d'indiquer. Le lecteur s'assurera bientôt qu'effectivement l'élément suggère une indication présente, passée ou possible.

Voilà, selon moi, tout ce qui peut rester de l'opinion que je viens d'examiner; passons à une autre.

L'élément est un groupe de symptômes. Les symptômes font, sans doute, partie de la maladie. Mais nous avons vu, au chapitre du *Diagnostic*, qu'il ne convient pas de leur accorder une confiance absolue, et que nous possédons d'autres moyens d'arriver à la connaissance de la nature morbide. La raison dit d'ailleurs que les symptômes, étant des phénomènes mobiles, variables, ne doivent pas être confondus avec cette chose fixe, fondamentale, qui seule répond au nom d'élément. Les symptômes sont des effets, et conséquemment ils sont primés par la cause intérieure qui les produit. Cette cause est l'élément et se distingue des symptômes. Tout d'abord on l'a compris ainsi à Montpellier. Dumas a écrit tout un chapitre, le second de la deuxième partie de son *Traité des maladies chroniques*, pour enseigner à distinguer les éléments des symptômes. F. Bérard s'attache aussi à prouver la nécessité de cette séparation. M. Monneret s'est rangé à cet avis. Évidemment le symptôme, dernier produit de l'efflorescence morbide, ne peut pas être un élément.

La même argumentation sert à démontrer que la lésion de l'organe ne constitue pas davantage l'élément. Cette lésion est, sans doute, au-dessus du symptôme et mérite la préférence, mais elle a, à son tour, une raison d'être antérieure, dont elle est l'effet. Entre un effet et sa cause productrice, celle-ci, quand elle est accessible, est le sujet d'indication le plus important.

---

§ IV. L'élément se trouve dans la cause productrice des maladies.

Demandons à toutes les sciences comment elles s'y sont prises pour arriver aux éléments qui les intéressent ; elles nous répondront unanimement qu'elles ont considéré comme telles les choses qui servent à former les autres.

Les éléments *géométriques* sont les parties premières auxquelles on ramène toutes les figures.

Les éléments *grammaticaux* sont les noms, les verbes, les adjectifs, etc., qui composent le discours.

Tout le monde sait que les éléments *chimiques* remplissent la condition dont je parle.

En médecine, les éléments sont-ils matériels, le matérialiste, l'organicien, répondent par l'affirmative. Le vitaliste pense le contraire. L'éclectique dit, tout à la fois, oui et non. Le praticien n'a qu'un médiocre intérêt à se prononcer sur ce qu'est l'élément considéré en soi, par-delà l'observation directe possible. Il lui suffit de savoir qu'il ne doit pas chercher l'élément avec un réactif comme en chimie, avec un scalpel et un microscope comme en histologie. Son moyen est un instrument logique, c'est l'intelligence opérant sur des faits de l'ordre sensible. Le clinicien part de l'observation, et à l'aide du raisonnement il atteint par la pensée des choses qui ne tombent pas sous les sens.

Toute analyse d'un fait de vie aboutit nécessairement à la force vitale, à la cause invisible qui produit toutes les fonctions hygides, toutes les opérations pathologiques. Les divers états de l'âme n'interviennent dans les maladies qu'à titre de provocation, de complication. On rencontre, parmi les faits observés, des phénomènes qui dépendent essentiellement, exclusivement, de la force physico-chimique. Mais ces phénomènes, qu'il faut bien distinguer de ceux qui appartiennent à la chimie vivante, sont, comme les psychiques et au même titre, à côté de la maladie et non dans la maladie; il n'est question ici que des faits morbides irréductibles à ceux de l'âme, à ceux de la matière inanimée, et que, pour ce motif, on nomme faits biologiques. Pour eux, je le répète, la force vitale se trouve au terme de toute analyse. Pour les autres, c'est l'âme, ou bien la force physico-chimique.

Se contenter de nommer la force vitale serait ridicule. On signa-

lerait, sans doute, le véritable principe des maladies, l'élément propre de la vie. Toutefois cet élément, par cela seul qu'il se trouve partout, ne différencie, ne spécifie rien. Nous cherchons plus que cela, nous cherchons les éléments d'un ordre particulier d'actions, à savoir: les modalités premières du corps vivant passé à l'état pathologique.

Comment saisir et connaître ces modalités? Les modalités d'une force invisible sont elles-mêmes invisibles. Le médecin est habitué à cette difficulté. J'ai dit, au chapitre du *Diagnostic*, comment on la surmonte. C'est à l'aide des faits sensibles se rattachant en propre à chaque modalité, qui en sont l'enseigne, qu'on parvient à l'inconnu cherché. La notion que nous en avons est indirecte; elle n'en est pas moins certaine quand les faits sensibles sont suffisamment significatifs. Ce genre de diagnostic n'est ni nouveau, ni particulier à la médecine. Il est employé partout où la cause des phénomènes qui nous intéressent se dérobe à l'investigation directe, et ces cas sont très-communs.

Ce procédé a été employé avec avantage et accepté pour l'analyse des actions hygides. Autant de phénomènes semblables, a-t-on dit avec raison, autant de modalités *causes*. Que sont les facultés sensitive, motrice, plastique, etc., sinon les *capacités premières* de la vie, les éléments des fonctions de la santé? Ces facultés, ces capacités, les mêmes au fond, mais s'exerçant autrement qu'à l'état normal, sont les éléments des opérations pathologiques. Combien y a-t-il de *capacités hygides?* combien de *capacités morbides?* Quel est le rôle, quelle est la part qu'il faut leur attribuer, d'un côté dans la vision, par exemple, dans la respiration, dans la digestion, etc.; de l'autre dans la névralgie, dans l'asthme, dans une pyrexie, etc.? La raison éclairée, dirigée par les phénomènes sensibles, en décidera. La recherche des éléments hygides, des éléments morbides, a lieu d'après la même méthode. M. Lordat a fait le premier cette réflexion, dont M. Monneret a reconnu la justesse.

Une intelligence inapte à comprendre les vérités qui sont au-delà de la matière, refusera d'admettre comme éléments les conceptions que je propose, et même les traitera de chimères. Il faut une certaine éducation, une certaine maturité de l'esprit pour que celui-ci s'élève jusque-là. Ne soyons donc pas étonnés si le problème des éléments morbides est au-dessus de la portée des

commençants et des médecins qui veulent que tout élément soit démontrable *de visu*. De là, des difficultés qui se rencontrent partout où l'élément, pour être compris, exige un effort de la raison.

Si nous essayons de donner l'idée de l'élément géométrique, algébrique, arithmétique, à l'enfant qui s'essaie aux mathématiques, nous perdrons notre temps et notre peine. Croit-on que les personnes étrangères à la philosophie des langues comprennent bien ce que sont le substantif, le pronom, le verbe, etc., et puissent faire, en s'en rendant un compte exact, l'analyse d'une proposition ?

Combien, au contraire, il est aisé de s'assurer de nombreuses adhésions lorsqu'on affirme que l'élément est une substance matérielle que l'on décrit, que l'on montre! Suit-il de là que nos éléments invisibles n'existent pas? Laissons dire les adversaires ; il y a tels de nos éléments qu'ils adoptent sans hésiter, parce que les faits apportés en preuve sont irrésistibles. Qui se chargera de dire, par exemple, les dimensions, la forme, la couleur des modalités causes de la syphilis, de la fièvre intermittente ? et cependant tout le monde prescrit alors le mercure, le quinquina. Tout le monde est convaincu que ces médicaments n'agissent pas sur une création arbitraire de l'esprit, mais bien sur une cause réelle. Si d'autres éléments sont d'un accès moins aisé, ce n'est pas un motif pour les nier, mais plutôt un motif de les soumettre à une étude plus approfondie. L'élément syphilitique, l'élément périodique, ont été trouvés à l'aide de la méthode employée pour les autres. Pourquoi, jugée bonne ici, serait-elle condamnée ailleurs ?

Nos éléments sont invisibles ; prenons-en notre parti et faisons comme feraient les chimistes si les leurs étaient toujours en quantité tellement minime que la preuve par démonstration directe fût impossible : la chimie resterait la même, quoique plus difficile.

Une fois admis que les causes premières auxquelles les faits de la pathologie sont réductibles proviennent d'une force spéciale, Barthez et son École ont raison : l'élément se trouve dans les modalités de la force vitale. Toutes les modalités simples sont des élements. Les affections simples sont des éléments. Affection simple dit tout ce qu'il faut dire. Cela signifie modalité morbide de l'ensemble, indécomposée, cause invisible de la manifestation

morbide, fait pathogénique initial. Ce que l'on peut ajouter à ces mots : *affection simple*, sera pléonasme ou erreur : pléonasme, si on éprouve le besoin de définir la simplicité, si l'on dit par exemple que c'est un état morbide distinct et non réductible en un autre ; pléonasme, si, introduisant la définition de l'affection dans celle de l'élément, on dit qu'elle est reconnaissable à des provocations, à des conditions, à des formes, à des symptômes, à un traitement lui appartenant en propre ; pléonasme encore, si l'on stipule que c'est un sujet d'indication, car ce qui a un traitement propre est certainement un sujet d'indication. Erreur, cette fois, si l'on exige que l'élément soit exclusivement une source d'indication majeure ; erreur et confusion, si l'élément est confondu avec l'indication.

Je ne l'ai pas oublié, dans la définition de Barthez on trouve les mots *actes simples*, dont je n'ai rien dit. Je m'expliquerai plus tard là-dessus, et le lecteur pourra se convaincre qu'en tant qu'*éléments*, *affection simple*, *acte simple*, sont des idées du même ordre.

Une première précaution à prendre, lorsqu'on cherche et qu'on veut nommer les éléments d'une maladie, est de s'assurer que celle sur laquelle on opère existe réellement comme espèce distincte. Il faut qu'au préalable des observations suffisantes aient permis de se prononcer sur ce point. Les pathologistes s'occupaient naguère d'une maladie nommée maladie bronzée d'Addison. La coloration bronzée appartient-elle à une seule maladie ; ou bien est-elle un symptôme qui, à l'exemple de plusieurs autres, se retrouve dans des maladies différentes ? Tant que cette difficulté ne sera pas résolue, le travail analytique ne pourra pas aboutir. Ce travail est entrepris avec espoir de succès pour les maladies dont la qualité *espèce* est démontrée. L'œuvre de l'analyse commence lorsque l'observation a complété la sienne. Il est donc entendu que ce qui va suivre s'applique seulement aux maladies généralement admises dans le cadre nosologique.

De tout temps on a reconnu, dans une maladie, son *fond* et sa *forme*. Le fond est l'état morbide, cause cachée, initiale, de la manifestation, laquelle est la forme, l'acte morbide.

Les états morbides sont incontestablement des éléments de maladie.

Certains états morbides, cela est d'expérience, ne sont pas atta-

chés à une seule manifestation nécessairement la même : tels sont les états morbides premiers des maladies affectives. L'affection[1], en effet, conserve sa nature propre derrière les formes variables qu'elle peut revêtir. Les états morbides de ce genre sont les éléments *affection*.

D'une autre part, chaque manifestation distincte est commandée par un état morbide spécial qui en est inséparable. C'est là l'élément *acte morbide*.

Tels sont les éléments morbides. Hors de là, rien, à mes yeux, ne mérite d'être appelé ainsi.

Il convient de commencer par les éléments *affection*.

§ V. **Éléments affection.**

Ceux que je signale en premier lieu sont les affections *spécifiques*. Chacune de ces maladies doit être rapportée à un état morbide distinct, cause commune de toutes les manifestations dont elle est susceptible, qui relie entre elles ces manifestations et leur imprime un cachet propre. Autant d'affections spécifiques, autant d'éléments.

Toutes les qualités de l'élément sont présentes. A quoi ont abouti les efforts tentés pour analyser les affections syphilitique, varioleuse, rubéoleuse, goutteuse, etc.? Quand, arrivé par la pensée à ces affections, on veut s'élever plus haut, on rencontre immédiatement la force vitale, avec laquelle elles se confondent, dont elles sont de véritables *capacités morbides premières* qu'il faut admettre empiriquement, sans explication actuellement possible. Ces affections sont donc indécomposées et doivent être réputées simples.

J'ai dit qu'elles étaient distinctes. La constatation de ce caractère est ici plus facile que jamais. Les maladies spécifiques[2] offrent, d'un aveu unanime, le plus haut degré de la personnalité morbide. Toutes les tentatives entreprises pour les résoudre en une autre, ont été sans succès. C'est par là qu'ont péri les systèmes dont la conséquence était la radiation de ces maladies comme espèce à part; ils heurtaient alors trop fortement le bon sens pratique, et montraient au grand jour le côté vulnérable.

[1] Voir *Affection*.

[2] Voir *Spécificité*.

Certes, voilà des éléments sur lesquels il ne devrait rester aucun doute. L'immense majorité les admet. Il s'est pourtant rencontré deux opposants : M. Pidoux à Paris, M. Quissac à Montpellier.

La condition exigée par M. Pidoux est que l'élément soit tellement naturel, tellement inhérent à l'humanité, que celle-ci l'ait tout d'abord présenté, et ne puisse jamais se débarrasser de cette aptitude. A ce compte, les affections spécifiques, qui sont comparativement d'origine récente, ne peuvent figurer sur la liste des éléments; cela est logique. Ce qui ne l'est pas, c'est de donner au mot *élément* un sens qui n'est pas le vrai, un sens qui s'éloigne tant des idées reçues que personne ne l'a accepté. Aussi M. Pidoux a-t-il été laissé dans l'isolement. Évidemment, M. Pidoux a substitué à la question des éléments une question différente, celle des maladies, dont les causes et les conditions sont partout, en nous et hors de nous. Un pareil problème a de l'importance, on ne saurait le contester, mais celui de l'analyse clinique a la sienne. Qu'importe à cette analyse que les maladies soient plus ou moins étroitement attachées à notre nature, à celle du milieu dans lequel nous devons tous vivre. Son but est de discerner les parties constitutives de chacune sans exception. Cela est autant nécessaire au lit d'un malade atteint de choléra épidémique, de syphilis, de variole, etc., qu'auprès d'un sujet atteint de phlegmasie, d'hydropisie, etc.; toutes les maladies, quelle que soit la date de leur première apparition, quels que soient leurs quartiers de noblesse, sont égales devant l'analyse, si cette analyse doit servir à en perfectionner le traitement.

On comprend moins bien l'opposition de M. Quissac. Cet honorable médecin reconnaît que les maladies spécifiques se résolvent chacune en une affection simple, sujet important d'indication. Mais, ajoute-t-il, il faut que l'élément se rencontre dans la plupart des maladies. Or, sous ce rapport, les maladies spécifiques cèdent le pas aux maladies dites communes : donc ce ne sont pas des éléments.

Quels motifs ont décidé M. Quissac à imposer cette condition de la fréquence? Son livre n'en fournit aucun. Avant la publication de la première édition de cet ouvrage et dans une thèse de concours intitulée : *Apprécier la valeur respective des diverses sources d'indication,* M. Quissac a déclaré que la condition exigée

par lui était nécessaire, parce que, sans elle, on serait obligé de multiplier les éléments à l'infini. Je fais observer que le chiffre des maladies notoirement spécifiques n'est pas grand; et puis, d'ailleurs, la considération du grand nombre des éléments me touche peu. Il faut accepter tous ceux que la raison éclairée par l'observation nous impose. Y en a-t-il beaucoup, c'est fâcheux, mais inévitable. M. Quissac a cru pouvoir s'alléger d'une partie de son fardeau. Je ne suis pas de son avis; sa simplification arbitraire est de celles qui exposent à de graves difficultés.

Pour M. Quissac, l'élément doit se trouver dans la plupart des maladies. Remarquons l'élasticité du mot *la plupart*. Quel chiffre faut-il pour cela? C'est laisser à chacun l'embarras de la conclusion. Acceptons pourtant la signification vulgaire de ce mot. L'élément doit donc se trouver dans un très-grand nombre de maladies. Voyons si ceux de M. Quissac satisfont à cette condition.

Je remarque, dans sa liste, les éléments ataxique, malin, lesquels certes, heureusement pour les malades, n'apparaissent qu'exceptionnellement.

D'autres éléments admis par le même auteur sont communs ou rares selon les localités, selon les saisons, etc. Ainsi, l'élément bilieux, fréquent dans les régions chaudes, se montre infiniment moins dans les pays froids. C'est l'inverse pour l'élément inflammatoire. D'après cela, l'affection inflammatoire serait un élément vers le pôle, et cesserait progressivement de l'être à mesure qu'on se rapprocherait de l'équateur. Ici, au contraire, l'affection qui ne l'est pas dans les latitudes froides, deviendrait un élément.

D'un autre côté, les affections spécifiques se rencontrent dans la plupart des maladies d'une certaine zone. La pathologie des pays marécageux est presque entièrement dominée par l'affection intermittente. Ailleurs, elle est rare.

Les maladies vraiment épidémiques sont spécifiques. Tout le monde sait l'énorme place qu'elles se font pendant leur durée.

La condition exigée par M. Quissac est donc fort embarrassante à appliquer. Elle n'est, après tout, qu'une circonstance étrangère à la nature de l'élément, et l'on a lieu d'être surpris de la voir figurer dans la définition de ce dernier. La fréquence, comme la rareté, n'ajoute rien, n'enlève rien à la qualité qui fait qu'une chose est ce qu'elle est. Une affection morbide très-commune

n'est pas plus élément qu'une autre, que celle-là même qu'on n'a jamais observée. Pourvu que son existence et sa simplicité soient constatées, on doit l'admettre comme élément. Un chimiste se garde bien d'effacer de sa liste les substances simples qui existent seulement dans un petit nombre de corps. Il blâmerait avec raison le médecin qui nierait un élément, par cela seul que les maladies qui contiennent cet élément ne sont pas dans son horizon pratique.

La doctrine de M. Quissac a son utilité dans la localité où il a observé et écrit; mais elle manque du caractère d'universalité exigible dans une œuvre de thérapeutique générale.

Les raisons alléguées pour écarter les affections spécifiques n'étant pas valables, il y a lieu de maintenir ces affections sur la liste des éléments.

D'autres états morbides affectifs, non spécifiques, me paraissent aussi, au même titre que les précédents, devoir être considérés comme des capacités morbides premières. Tels sont les états inflammatoire, bilieux, catarrhal, muqueux, nerveux. A chacun d'eux se rattachent des manifestations morbides variables de forme, et leur nature ne cesse pas d'être la même.

Ces affections sont distinctes : leur histoire étiologique, nosographique, thérapeutique, l'atteste suffisamment.

Sont-elles simples, les tentatives faites pour les dédoubler n'ont rien produit qui mérite la confiance du praticien. Lorsque celui-ci a diagnostiqué une affection inflammatoire, bilieuse, catarrhale, il possède le fait initial, essentiel, qui domine la maladie. L'observation ne l'autorise pas encore à monter plus haut.

Dans l'état présent de la science, les affections que je viens de nommer sont des unités pathologiques simples que j'inscris après les unités spécifiques, sous le nom d'*éléments affectifs spéciaux*.

D'autres affections offrent le fait essentiel et distinctif d'une modification quantitative de l'action vitale. Ces affections, ainsi que le veulent MM. Pidoux et Quissac, sont très-naturelles à l'homme et se rencontrent dans un grand nombre de maladies fort différentes d'ailleurs. Pour ce motif, je les appelle *éléments affectifs communs*.

Ces affections sont, ai-je dit, caractérisées par une situation des forces considérées au point de vue de ce qui, dans ces forces, est susceptible de mesure. De tout temps, pour simplifier la nosologie,

on a voulu ramener à ces affections toutes les maladies possibles. Les tentatives récentes faites à cette intention sont connues. Elles n'avaient pas la moindre chance de succès, en ce qui concerne les affections spécifiques. Pour les affections spéciales, on a pu mettre en avant des arguments spécieux, et de ce côté la dichotomie a séduit un moment la foule avide de changements dont le but est de rendre la science facile. Par exemple, quoi de plus naturel, au premier abord, que d'identifier l'affection inflammatoire avec l'affection sthénique, l'affection muqueuse avec l'affection asthénique ! Toutefois, après examen, on est revenu à l'ancienne idée que l'affection inflammatoire, que l'affection muqueuse, ont des qualités propres qu'un degré plus ou moins prononcé d'activité vitale n'explique pas. Les praticiens ont maintenu ces maladies comme espèces morbides distinctes; à plus forte raison ont-ils dû prendre ce parti pour les affections bilieuse, catarrhale.

En conséquence, mettons à part les affections essentiellement marquées par des modifications quantitatives dans l'action vitale de l'ensemble, modifications qui se réduisent forcément à deux : l'élévation, l'abaissement.

Ces maladies sont des affections. Comme les précédentes, elles se forment spontanément ou survivent à leur cause provocatrice, et chacune rallie autour d'elle des manifestations diverses.

Ce sont des affections distinctes, car elles ont leur étiologie, leur nosographie, leur thérapeutique propres.

Ce sont des affections simples. De quoi pourrait-on dire qu'elles se composent lorsqu'elles sont seules, ou que, par abstraction, on les isole des autres maladies avec lesquelles elles s'associent à titre de cause, de complication, de conséquence ? Ne sont-elles pas alors des modalités, des capacités morbides premières, et par conséquent des éléments ? J'appelle ces affections élémentaires, l'une affection sthénique, l'autre affection asthénique.

Tels sont mes *éléments affectifs*, formant trois groupes : *éléments spécifiques*, *éléments spéciaux*, *éléments communs*. Si l'on veut, les deux premiers groupes comprendront les éléments de *qualité*, et le troisième contiendra les éléments de *quantité*.

Un mot maintenant sur les objections que je prévois.

On me reprochera, sans doute, de ne pas avoir donné le chiffre exact de chaque série. Je laisse en effet le lecteur incertain sur celui des éléments spécifiques, et cette incertitude n'est pas, il

s'en faut, la seule dont je ferai l'aveu. Le problème des éléments est le plus élevé en pathologie; sa solution complète éclairerait tous les autres. Il exige des connaissances préalables dont plusieurs nous manquent, en sorte qu'il est et restera probablement toujours environné de difficultés. Tant que nous ne saurons pas au juste quelles sont les maladies spécifiques, nous ignorerons le chiffre des éléments de ce nom. Tout ce que nous pouvons dire actuellement, c'est qu'il y a autant d'éléments spécifiques que d'affections de ce nom. La liste de ces éléments est donc simplement ouverte; l'avenir nous renseignera sur les additions ou les retranchements nécessaires.

J'en dis autant à l'égard des affections élémentaires spéciales. Je ne les ai certes pas nommées toutes. Il en est sur lesquelles je ne sais que penser, d'autres que je ne connais pas du tout. Cela sera ainsi, tant que l'histoire des maladies restera imparfaite.

On verra bientôt que la cause productrice des actes morbides prend parfois le caractère d'une affection, et ce sera par là que je rattacherai la première catégorie d'éléments à la seconde.

L'objection tirée de l'incertitude du chiffre est donc plus que mal fondée, elle est injuste. La recherche des éléments n'est que commencée. On ne peut lui demander ce qui est aujourd'hui impossible.

Un autre reproche a plus de valeur. Le lecteur trouvera probablement, dans mon essai de classification, des éléments que pour son compte il n'admet pas, et il en désignera d'autres qu'il voudrait y rencontrer. Ceci est affaire d'appréciation personnelle. Distinguons, dans un travail de la nature de celui-ci, ce qui est de principe de ce qui est d'application. Mon but actuel est de poser les bases de la doctrine des éléments, d'indiquer la méthode qui convient. Je désire surtout obtenir l'adhésion de ce côté. Tant mieux, certes, qu'on approuve l'application que je fais de mes préceptes; toutefois je tiens moins à contenter sur ce dernier point, et je reconnais la possibilité d'une erreur. On va comprendre que, dans quelques parties, l'opposition ne tirera pas à grande conséquence. Les principes étant saufs, je puis abandonner le reste.

J'établis en règle générale que, pour admettre une affection comme élément, il faut qu'elle soit distincte de toute autre. Cette

proposition n'est pas contestable ; mais quand, dans l'application, je sépare, par exemple, l'affection goutteuse de l'affection rhumatismale, il se peut que tel lecteur invoquant ma règle elle-même ne soit pas de mon avis. Il y a des affections, celles que je viens de nommer sont du nombre, qui ont entre elles, tout à la fois, des différences et des ressemblances notables. Quelles sont celles qui constituent le fond de la maladie? La réponse dépend de la valeur qu'on y attache. Or cette valeur sera autrement appréciée selon que les recherches, l'attention, auront porté du côté des similitudes ou de l'autre. Je pense, pour mon compte, ce n'est pas ici le lieu de donner mes motifs, que l'affection goutteuse et l'affection rhumatismale diffèrent assez pour qu'on doive les distinguer. Permis à celui qui adoptera une conclusion opposée de faire ses réserves sur ce point spécial. Nous resterons d'accord sur le principe, ce qui est plus important.

Je choisis à dessein une autre difficulté de même genre, parce qu'elle est frappante, parce que ma manière de la résoudre s'éloigne beaucoup de celle que mes prédécesseurs ont adoptée. Je n'admets qu'un élément *affection asthénique*, tandis qu'on en reconnaît trois : un adynamique, un ataxique, un malin et même un élément pernicieux.

La pratique, cela est certain, a intérêt à distinguer ces choses, et j'apprécie autant que qui que ce soit les raisons sur lesquelles cette distinction est motivée. Une considération me semble pourtant décisive en faveur du parti auquel je me suis arrêté : c'est qu'un même fait domine l'ataxie, l'adynamie, la malignité; ce fait consiste dans une atteinte grave portée aux forces radicales, et dans la ressemblance évidente des agents thérapeutiques employés pour combattre ces états morbides. Cela m'a paru suffire pour les réunir sous une appellation commune. Ici, selon moi, la simplification est possible sans nuire à la vérité.

Je cherche à m'élever à des vues d'ensemble, sans m'occuper des subdivisions qui deviennent nécessaires lorsque chaque élément est examiné de près. Si je m'engageais dans cette voie, je trouverais dans l'élément asthénique bien autre chose possible que l'ataxie, l'adynamie, la malignité.

C'est pour des motifs analogues que je rejette l'élément pernicieux, celui-ci étant, de son côté, un mode, non pas de l'élément asthénique, mais de l'élément périodique.

Chaque élément est pareillement susceptible de se montrer sous certains aspects dont la pratique doit tenir compte. Que n'aurais-je pas à dire en ce genre de l'élément nerveux, souche féconde d'où partent tant de tiges diverses !

Je me dispense de ce soin, et me contente de déterminer les éléments premiers d'où tout le reste émane. Que l'on m'accuse maintenant de forcer les ressemblances, lorsque tout à l'heure on me reprochait de les méconnaître, rien de surprenant, ainsi que je l'ai expliqué ; cela dépend du point de vue auquel le critique se place, de ses goûts, de ses prédilections.

La question dont je m'occupe n'est pas de celles à propos desquelles on puisse compter, dans tous les détails, sur l'unanimité des suffrages. Vouloir que les éléments morbides soient des entités à la façon des éléments chimiques, et discernables comme ces derniers, est une prétention contraire à l'esprit de la biologie. En médecine, plus peut-être que dans les autres sciences, tout a un fond de parenté, parce que tout se rattache à la même cause première. Un fait quelconque présente, dans son voisinage immédiat, d'autres faits qui le rappellent. Rien n'est abrupte ; tout procède par gradation, par nuance. Pour trouver dans l'observation la réalisation d'un type, il faut choisir des cas accentués, éloignés l'un de l'autre, et oublier pour le moment les cas intermédiaires qui comblent les lacunes, qui renouent la chaîne en apparence interrompue. Les éléments morbides sont des modalités d'une force indéfiniment muable en quantité et en qualité. Il est tout simple que les modalités complexes et peu prononcées nous laissent incertains. Avec ses démonstrations topiques, dont l'évidence s'impose à tout le monde, la pratique physico-chimique ne connaît pas ces difficultés. Aussi se met-on plus aisément d'accord dans un laboratoire de chimie qu'au lit du malade.

En matière d'éléments morbides, il y a, il y aura probablement toujours des parties controversables. Ce n'est pas un motif de dédain, bien loin de là. N'est-ce pas un problème de premier ordre que celui qui doit rester toujours posé, toujours perfectible ? Ne négligeons donc rien pour nous entendre sur les vérités qui nous en facilitent l'entrée. Les perfectionnements possibles d'application et de détail viendront après, et seront plus faciles.

§ VI. Éléments acte morbide.

Je n'ai traité qu'une partie de mon sujet. On doit entendre par éléments, non-seulement les affections simples que la cause vitale éprouve dans les maladies, mais aussi les actes simples qu'elle y produit *ensemble* ou *successivement.*

Les actes morbides, ainsi que nous allons le voir, ont une cause productrice spéciale qui est irréductible à l'affection, d'autant mieux que beaucoup de maladies ne sont pas affectives. Ils sont le sujet d'une analyse à part.

Pour accepter ce qui va suivre, il faut croire à la légitimité, à la nécessité de la distinction de l'acte morbide et de l'affection. Après la longue discussion dont cette question a déjà été l'objet, je n'ai pas besoin d'y revenir.

Les actes morbides indiquent et réclament un traitement pour leur compte. Pour être éclairé là-dessus, il faut rallier chaque groupe naturel et distinct à sa cause propre, et celle-ci sera l'élément.

Quelle peut être cette cause? La méthode expérimentale signalée plus haut peut seule nous y conduire.

Il est d'observation que les mêmes actes morbides se rencontrent dans des affections différentes et dans des maladies non affectives ; il est également certain que la même affection peut se manifester par des actes morbides qui ne sont pas semblables. De là, comme conséquence logique, la nécessité de reconnaître que la cause productrice de l'acte morbide ne doit pas être identifiée avec la cause affection. Il y a, sans contredit, un lien entre l'affection et son expression phénoménale ; car, la première étant enlevée, les phénomènes disparaissent à leur tour. Mais les rapports de causalité ne sont pas nécessaires, comme le sont les rapports d'une cause productrice à son effet.

La cause immédiate, prochaine, vraiment productrice de la fièvre, du spasme, de la fluxion, de la phlegmasie, et des autres actes morbides, n'étant pas dans l'affection, il faut la chercher ailleurs.

Dans les maladies non affectives, cette cause des actes morbides est déterminée par un stimulus provocateur ; toutefois ce dernier n'est qu'une occasion plus ou moins puissante et non une

cause génératrice. Ainsi, dans les cas où elle est subordonnée, soit à une affection, soit à une provocation, la cause en question n'en existe pas moins. Dans certains faits exceptionnels, elle paraît complètement indépendante, car on ne peut la rattacher ni à une quelconque des affections connues, ni à une provocation. Les praticiens rencontrent, en effet, des cas où la phlegmasie, l'hémorrhagie, l'hydropisie, etc., doivent, pour autant que l'observation le permet, être considérées comme existant par elles-mêmes, comme essentielles. Ces phlegmasies, ces hémorrhagies, ces hydropisies, etc., ne relèvent que de leur propre cause, laquelle, ainsi isolée et agissant seule, s'impose à l'observateur comme capacité morbide distincte, comme élément.

Cette cause génératrice se trouve aussi bien dans l'acte morbide subordonné que dans l'acte morbide essentiel. Éclaircissons ce qui précède par des exemples.

Dans une phlegmasie scrofuleuse, l'affection scrofuleuse est la cause initiale, celle qui indique avant tout. Mais l'affection scrofuleuse n'est qu'une cause médiate, non nécessaire, de la phlegmasie, car il y a des affections scrofuleuses sans phlegmasie et beaucoup de phlegmasies sans affection scrofuleuse. Il faut admettre une seconde cause immédiate, nécessaire quoique subalterne, celle sans laquelle toute phlegmasie est impossible, et qui fait que, dans ce cas spécial, l'affection scrofuleuse a pris la forme phlegmasique.

Dans une phlegmasie suscitée par un corps étranger, il y a de même deux causes : l'une éloignée, qui est l'agent provocateur; l'autre prochaine, génératrice, qui est la cause propre de la phlegmasie. Celle-ci fournit des indications spéciales qu'aucun praticien ne confond avec celles qui proviennent du corps étranger.

Enfin, quand la phlegmasie est seule, sans affection, sans stimulus appréciables, on est réduit aux indications provenant de cette phlegmasie.

Quoi qu'il en soit, la phlegmasie étant un acte morbide distinct, doit avoir pour elle une cause génératrice, et il en est ainsi de tous les actes distincts. Chacune de ces causes représente une faculté, une capacité morbides, dont le corps vivant a été primitivement doué. On peut donc la considérer comme un élément, si elle est irréductible à une autre, si elle est simple.

Les causes dont je parle actuellement sont, comme les affections,

inabordables en soi. Ce que nous en savons nous est révélé par leurs effets (lésions, symptômes), par l'étiologie, par l'observation thérapeutique.

L'acte morbide et sa cause propre, étant nécessairement enchaînés l'un à l'autre, sont pratiquement une même chose. Je suis donc autorisé à ne considérer que l'acte, car il représente fidèlement sa cause et ne peut en représenter une autre.

Afin de faciliter cette étude analytique, faisons abstraction des affections, des stimulus provocateurs auxquels les actes morbides sont d'ordinaire assujétis. Supposons donc qu'ils existent seuls.

De tout temps, on a remarqué des manifestations uniformes caractérisées par des lésions, par des symptômes à part, naissant particulièrement sous certaines influences, se terminant de la même manière et réclamant telle série d'agents thérapeutiques. Elles ont été désignées par les noms de fluxion, phlegmasie, hydropisie, fièvre, spasme, ulcère, cancer, etc. Cherchons à savoir quels sont, parmi ces actes morbides que la science admet, ceux qu'on doit regarder comme simples.

Un acte morbide sera réputé *simple* lorsque les phénomènes qui le constituent pourront être ramenés à un seul fait commun à toutes les variétés de ce même acte. Ce fait constant en sera la chose essentielle, l'équivalent de la cause génératrice.

Un acte morbide est *composé* quand on découvre en lui des phénomènes d'ordre différent, et qu'il exige, pour être conçu, l'admission de plus d'une cause génératrice. Un acte morbide composé présente des indications multiples; il est, en outre, susceptible d'être traité par des agents thérapeutiques dont le mode d'action n'est pas le même.

Il y a des actes morbides qui sont normalement et nécessairement composés : ce sont ceux dont la réalisation réclame le concours de deux ou plusieurs actes simples. D'autres, accidentellement composés, présentent une association plus ou moins fréquente, mais non nécessaire, d'éléments simples. Tel est le cas de deux actes morbides réunis par complication.

La phlegmasie est un acte morbide normalement composé. L'analyse y montre de la douleur, du spasme, de la fluxion, un travail plastique particulier, etc. La thérapeutique confirme les conclusions de cette analyse, car selon la prédominance de chacune de ces parties composantes, une phlegmasie cède à l'admi-

nistration des narcotiques, des antifluxionnaires, des antiphlogistiques, etc.

La douleur, le spasme, la fluxion, sont des actes simples, parce que je ne puis les décomposer utilement pour la pratique, parce qu'un seul ordre de moyens convient à chacun de ces actes quand il est isolé ou prépondérant.

J'invoque toujours le témoignage de la thérapeutique, afin d'éviter les conceptions pathogéniques purement spéculatives, sans profit pour l'art de guérir. Faire autrement, serait détourner la doctrine des éléments de son but véritable, qui est de former des praticiens.

Un acte morbide simple est un élément. Quelques médecins le contestent, et voudraient réserver ce titre pour les seules affections. Il leur paraît qu'appeler de ce nom une chose surbordonnée à une autre et en dépendant, c'est s'écarter de l'idée qu'on se fait d'un élément; l'idée de l'élément implique, à leurs yeux, priorité, valeur plus grande. L'affection et l'acte morbide sont, disent-ils, assez différents entre eux pour que, si la première rentre dans le groupe des éléments, il soit impossible de donner cette qualification à l'autre. Excellentes raisons quand on se contente d'en déduire la nécessité de distinguer les deux choses; mauvaises raisons si l'on s'en sert pour refuser la qualité élémentaire à l'acte morbide.

J'ai prouvé que le premier rang, dans l'ordre de chronologie et de prédominance, n'appartenait pas nécessairement à l'élément morbide. On a voulu appeler éléments les états morbides simples. J'approuve cet usage, car on découvre entre eux et les véritables éléments de suffisantes analogies pour justifier ce nom; mais vouloir que l'élément morbide ait tous les caractères de l'élément chimique, par exemple, est une prétention excessive. Les états morbides ont leur nature à part; ils sont éléments à leur façon, autant que peuvent l'être des choses qui n'ont pas d'existence par elles-mêmes. Ce sont des modalités tour à tour naissant, disparaissant, dominées et dominantes. Si l'on persiste à les considérer comme des éléments, contentons-nous d'exiger que la raison conçoive cette modalité comme simple et comme constituant une cause génératrice distincte, au-dessus de laquelle il n'y a que la vie et son mystère, et par conséquent inexplicable.

Les éléments acte morbide remplissent ces conditions. Leur

cause génératrice ne peut pas être confondue avec l'affection qui la domine ; et si elle est indécomposée comme elle, pourquoi ne pas la considérer aussi comme une capacité pathologique première de l'organisme vivant, comme un élément ?

Quant à la difficulté provenant de l'importance plus grande de l'élément affection, nous savons que ce caractère est loin d'être absolu, car l'importance de l'élément acte morbide grandit et l'emporte dans un grand nombre de circonstances.

Enfin, si l'affection était seule élément, il en résulterait qu'une maladie non affective n'a point d'éléments ; la phlegmasie, par exemple, seule ou suscitée par une provocation, ne serait pas susceptible d'être analysée cliniquement, conclusion trop singulière pour que la prémisse soit acceptée.

Plus on réfléchit, plus on s'assure de la justesse de l'opinion de Barthez : les éléments morbides sont les affections que la cause de la vie éprouve dans les maladies et les actes simples qu'elle y produit ensemble ou successivement.

Maintenant, quels sont les éléments *acte morbide ?* Je n'ai pu donner qu'un commencement de réponse quand il s'agissait des éléments affection; je ne pourrai pas davantage en ce qui concerne les éléments acte morbide. Une réponse entière supposerait la connaissance complète, étiologique, nosographique, thérapeutique, de tous les actes morbides. On sait combien nous sommes arriérés pour beaucoup d'entre eux, même au point de vue simplement descriptif. Malgré les excellents instruments d'observation que nous possédons, il s'en faut que nous sachions tout ce qui se trouve dans une lésion. Nous finissons par arriver à des mécanismes moléculaires dont le jeu est imperceptible.

Je signalerai les éléments acte morbide pour lesquels la preuve me paraît faite, et j'en appellerai à l'avenir pour les autres. Dans ce travail d'appréciation personnelle, je prêterai sans doute le flanc à la critique ; mais le lecteur sait que ces objections ne valent que pour l'objet spécial sur lequel elles portent, et n'atteignent pas le principe.

Mon but est de discerner les actes morbides composés de faits homogènes. L'acte morbide, étant une manifestation, se compose de phénomènes sensibles. Il présente toujours une modification descriptible de l'ensemble ou d'une partie de l'organisme vivant.

Cette modification se reconnaît à des changements fonction-

nels. Il n'y a que cela, quand la partie qui en est le siége n'accuse, autant qu'on peut en juger, aucun désordre appréciable dans sa structure. Fréquemment, il existe une altération de cette structure. Dans le premier cas les actes sont *dynamiques*, dans le second ils sont *anatomiques*.

I. Éléments des actes morbides dynamiques.

Leur valeur pratique est incontestable. Plusieurs maladies conservent longtemps et même jusqu'à la fin le caractère exclusivement dynamique. Si l'on excepte les lésions d'origine traumatique, toutes commencent de cette manière. Les facultés sensitive, motrice, sont d'abord modifiées, l'altération matérielle ne vient qu'après.

Les actes dynamiques ont dû être constatés les premiers. Grâce aux enseignements d'une longue expérience, leur séméiologie est avancée. Les autres exigeaient le concours d'une anatomie exacte, et celle-ci, comme on sait, s'est fait longtemps attendre.

Quels sont les éléments dynamiques? Je place en tête de la série l'accroissement et l'affaiblissement de l'action vitale sous les noms de *suraction*, de *subaction*. Au premier abord, il semble que la suraction et la subaction rentrent dans les éléments sthénique, asthénique déjà signalés. Ils en diffèrent pourtant d'une façon notable. D'un côté, c'est l'affection, état morbide toujours général, primitivement ou consécutivement indépendant de toute provocation, pouvant se manifester diversement et exister à l'état latent. De l'autre côté, il s'agit de tel acte à forme déterminée et nécessaire dans ses parties essentielles, presque toujours dépendant, jamais latent, souvent local. Comment, d'ailleurs, consentir à confondre l'affection sthénique avec la suraction, l'affection asthénique avec la subaction, lorsque l'expérience nous montre des scènes incontestables de subaction dans une maladie à affection sthénique, et des scènes de suraction dans une maladie constituée par une affection asthénique, de telle sorte que le traitement du fond est l'inverse de celui de la forme? Cette opposition est frappante dans les cas malheureusement peu rares désignés par Hunter sous le nom de *faiblesse irritable*, parce qu'on y constate l'association d'une exaltation organique avec l'appauvrissement des forces de l'ensemble. L'histoire de la suraction, de la subaction, en acte,

est donc différente de celle des affections sthénique et asthénique. En inscrivant ici la suraction et la subaction, je ne fais pas double emploi.

Ces éléments se présentent à des degrés divers : le premier, depuis l'excitation qui dépasse à peine la norme hygide jusqu'à l'état extrême qu'on appelle éréthisme ; le second, depuis la plus faible langueur jusqu'à l'extinction complète de l'action vitale. La suraction, la subaction, intéressent selon l'appareil, l'organe, les tissus qui en sont le siége. Sans doute, il convient de distinguer celles qui sont vasculaires et celles qui sont nerveuses ; il est néanmoins facile de voir qu'elles se résolvent en deux choses principales : augmentation, diminution d'action, constituant chacune une unité, ainsi que le témoigne l'analogie des faits étiologiques, nosographiques, thérapeutiques, qui s'y rattachent.

La suraction et la subaction peuvent exister seules. Plus souvent, elles font partie obligée ou accidentelle d'une maladie affective ou non affective. J'ai dit qu'à diverses époques, et toujours sans succès, on avait voulu expliquer toute la pathologie par la suraction et par la subaction.

Les lésions quantitatives ne suffisent pas ; il y a incontestablement des lésions de qualité. Celles d'entre elles qui sont homogènes et qui présentent les mêmes indications, ont droit au nom d'élément. C'est le cas de la douleur, du spasme. Inutile de reproduire ici les raisons péremptoires qui empêchent de les identifier avec l'augmentation de l'action vitale. Un praticien ne commettra pas cette faute. La douleur, le spasme, sont, à ses yeux, des modalités qualitatives ayant un caractère frappant d'unité, nécessitant l'admission d'une cause irréductible à toute autre, et par conséquent élémentaire.

J'en dis autant de la fièvre, dont on n'a certes qu'une idée incomplète quand on la confond avec un fait d'excitabilité, celle-ci étant considérée en tant que mesurable. La fièvre, comme la douleur, comme le spasme, est une suraction spéciale, une modalité pathologique première et distincte. Personne, parmi ceux qui se sont occupés d'éléments, n'a hésité à placer la fièvre sur la liste de ces derniers.

On sera peut-être surpris de la rencontrer parmi les actes morbides dynamiques, elle que l'on voit si souvent mêlée aux altérations de la chimie vivante comme provocation ou comme effet.

Malgré les nombreuses et étroites relations de la fièvre avec les lésions anatomiques, elle peut exister sans ces lésions. Sa cause nécessaire ne peut être placée là que par hypothèse, et je lui donne dans mon classement la place qui convient dans l'état actuel de la science. Toutefois je l'inscris la dernière, comme servant de transition naturelle aux éléments dont je vais parler.

II. Éléments des actes morbides anatomiques.

Ces actes révèlent un changement matériel survenu dans la substance de l'organisme. Ce changement est moléculaire. Il s'opère par conséquent dans la sphère des infiniment petits. De pareils mécanismes sont d'une exploration difficile. Malgré la puissance de nos instruments, il reste encore beaucoup à découvrir, beaucoup d'incertitudes.

En supposant qu'on parvienne un jour à voir tout ce qui est visible, il faudra encore remonter à la connaissance de la cause qui gouverne les phénomènes et les emploie pour un but spécial : or cette cause, si importante en thérapeutique, ne se trouve pas dans le champ du microscope. L'investigation anatomique est sans doute un moyen précieux, et elle doit être poussée aussi avant que possible, car à l'œuvre on connaît l'ouvrier ; toutefois c'est par voie d'interprétation, non-seulement des faits histologiques, mais aussi des faits étiologiques, thérapeutiques, que la raison s'élève jusqu'à la cause dirigeante. Dans l'hypothèse d'un mécanisme entièrement physico-chimique, l'explication serait toute simple, car l'on suivrait de l'œil tous les anneaux de la chaîne. Or, les anti-vitalistes les plus convaincus admettent d'importantes lacunes, et leur impuissance actuelle pour les remplir. Il faut donc suppléer d'une autre manière à l'insuffisance de l'explication physico-chimique ; la pratique est à ce prix.

Nous sommes, j'en conviens, peu avancés. Les difficultés inhérentes à la recherche des éléments morbides augmentent singulièrement en ce qui concerne les actes manifestateurs plastiques. A mesure qu'on pénètre dans l'étude graphique d'une lésion de la substance de l'organisme, les petits détails s'accumulent, se compliquent, et leur cause dynamique devient de moins en moins saisissable. Trouver là quelque chose qui se rapproche assez de l'idée qu'on se fait d'un élément, pour en justifier le titre, est une tâche embarrassante.

L'embarras augmente par suite des circonstances suivantes.

Pendant longtemps, l'anatomie pathologique n'a vu que les gros résultats; longtemps même on s'est contenté d'une étude superficielle. De là, le vague des expressions alors usitées : épaississement, relâchement, dissolution, corruption, etc. Barthez, mal servi par l'anatomie de son temps et comprenant qu'on ne pouvait édifier rien de sérieux sur elle, ne s'est occupé que très-incidemment du rôle de la faculté plastique dans les maladies. Ce côté de la pathologie est très-effacé dans ses écrits.

En ce moment, la situation est notablement améliorée. Une révolution heureuse s'est accomplie. L'observation anatomique est devenue exacte; son domaine s'est étendu jusqu'aux secrets ressorts des mécanismes organiques. Les découvertes ont été nombreuses; mais beaucoup intéressent plutôt les curieux que les praticiens. En tout cas, le progrès thérapeutique ne s'est pas fait en proportion. C'est une étude à continuer avant qu'on sache au juste ce qu'elle peut pour l'art de guérir. Si elle était d'un facile accès, comme l'ancienne anatomie, on saurait bientôt à quoi s'en tenir. Mais l'anatomie, la physiologie modernes, exigent, pour être cultivées, des aptitudes particulières, un temps dont tout le monde ne peut disposer. Les plus habiles ne sont pas d'accord sur des points importants. On ne voit pas que ceux qui font de la médecine d'après les données fournies exclusivement par le microscope et par les expérimentations sur les animaux, obtiennent plus de succès que les autres. On se méfie de ceux d'entre eux, et ils sont en grand nombre, qui ont rompu avec la tradition et qui prétendent inaugurer une thérapeutique entièrement nouvelle. Pour tous ces motifs, la majorité des praticiens se tient sur la réserve et attend prudemment.

Convaincu, pour mon compte, que les idées nouvelles, dans ce qu'elles ont de vrai, seront pour la tradition hippocratique un auxiliaire, une confirmation et non un obstacle, je vais, fidèle à cette médecine, tenter un commencement de théorie des éléments anatomiques morbides, et signaler la méthode à suivre pour l'avenir.

J'ai besoin de le rappeler, l'élément morbide est une modification de la force vitale, cause première des phénomènes manifestateurs. La lésion anatomique n'est qu'un effet. Ce qu'on appelle élément histologique est différent de l'élément que nous cher-

chons. S'arrêter à l'élément histologique, c'est laisser la tâche incomplète. La thérapeutique aspire à savoir le pourquoi du mécanisme moléculaire révélé par le microscope. L'histologie, si elle veut servir la médecine professionnelle, n'oubliera pas qu'elle n'est qu'un moyen, qu'elle doit concourir avec les autres sciences auxiliaires de la pathologie à la découverte des causes productrices, qui sont les vraies, les meilleures indications.

Ces causes productrices, en leur qualité de modalités de la force vitale, sont de soi invisibles. On les atteint indirectement par la méthode indiquée plus haut. Toutes les fois que l'on pourra former un groupe de faits étiologiques, nosographiques, thérapeutiques, homogènes et bien distincts, on sera autorisé à les rapporter à une cause génératrice spéciale qui sera l'élément de cette espèce d'acte morbide.

Appliquons ces idées à l'étude des lésions anatomiques.

Si, par une abstraction bien légitime, j'isole les faits qui se rapportent exclusivement à la fluxion, j'ai devant moi un des groupes dont je viens de parler. La fluxion a, en effet, son étiologie, sa nosographie, sa thérapeutique propres ; elle a donc une cause immédiate spéciale, toujours la même, et qu'il est permis de considérer comme élément. La fluxion se trouve au commencement de beaucoup de lésions plastiques; cela est évident quand les phénomènes de la fluxion ouvrent la scène. Elle est parfois un élément nécessaire, car, en la combattant efficacement, en temps opportun, on arrête la lésion plastique.

L'élément fluxion, subordonné ou prédominant, tient donc une grande place en pathologie, soit que le mouvement morbide s'arrête à la fluxion et ait pour résultat unique l'accumulation du sang dans la partie (congestion, engorgement), soit que le sang sorte des vaisseaux qui le contiennent (hémorrhagie), soit enfin qu'un véritable travail plastique vienne à la suite.

De tous les actes plastiques dont la fluxion est le commencement, la phlegmasie est le plus fréquent et le plus connu. L'acte phlegmasique est complexe, très-complexe même. Depuis longtemps l'analyse clinique y a trouvé la fluxion, mais aussi la douleur, le spasme, la suraction, la subaction, etc., qui peuvent devenir, selon les cas, le sujet d'indications importantes. De son côté, l'analyse micrographique a fourni son contingent d'observations relativement aux éléments histologiques.

Malgré cette multiplicité de faits, la majorité des praticiens s'obstine à considérer la phlegmasie comme un acte *sui generis* ayant un but spécial, par conséquent unitaire.

Quel est, parmi ces faits composants, celui qui ne se rencontre que dans la phlegmasie, qui en détermine la nature et la distingue de tout ce qui n'est pas elle ? celui-là sera l'élément.

Ne le cherchons pas dans les choses qui sont en dehors de la phlegmasie, dans l'affection, dans l'épine provocatrice, causes puissantes sans contredit, mais médiates et non nécessaires. Renfermons-nous dans les strictes limites de la phlegmasie.

Éliminons d'abord les éléments coopérateurs : fluxion, douleur, spasme, etc. Puisqu'ils se rencontrent ailleurs que dans la phlegmasie, ils ne peuvent en être la cause spéciale. La phlegmasie est un travail plastique original, partout le même dans ses parties constantes, essentielles, malgré les grandes différences constatées par la clinique.

Il n'y a phlegmasie que lorsque le spasme, la fluxion, etc., ont les qualités particulières qui servent à la réalisation de cet acte morbide. La cause cachée qui modifie ainsi le spasme, la fluxion, etc., et qui produit par leur concours des changements plastiques tout à fait à part, est aussi différente des autres causes que les effets sont différents des autres effets. C'est cette cause immédiate, nécessaire, qui est l'élément de la phlegmasie.

Nous l'appelons, à Montpellier, élément *phlogose*. Est-ce là une idée sans substratum réel, une chimère ? je ne le pense pas.

L'élément *phlogose* est représenté par des faits sensibles très-significatifs, faits dont l'observation micrographique a multiplié le nombre. Élément phlogose veut dire, ni plus ni moins, cause cachée de ce qui marque d'un cachet spécial le travail plastique phlegmasique, considéré en lui-même et dans ses processus auxiliaires. Le mot élément *phlegmasie* n'est pas admissible, parce que la phlegmasie est un fait complexe où se trouvent, en dehors de la phlogose, des parties qui peuvent être prédominantes. L'indication *phlogose* est remplie par une médication particulière, connue de tous sous le nom de médication antiphlogistique. Il me paraît donc convenable de conserver le mot élément phlogose pour la commodité du langage pratique.

Après ou sans fluxion appréciable, les sécrétions dont les organes sont le siége subissent des changements dans la qualité.

dans la quantité des produits. Il serait à souhaiter que l'on pût, dans cet ordre de faits, former des groupes justifiés par l'homogénéité des phénomènes et par la similitude des indications. Cette étude est presque toute à faire. Un seul de ces groupes me paraît remplir les conditions voulues ; je veux parler de l'altération des sécrétions gastro-intestinales, de tout temps connue sous le nom d'état saburral. Je répète pour l'état saburral ce que j'ai dit pour la phlogose, pour la fluxion, et je me crois autorisé à l'attribuer à une cause immédiate, *sui generis*, qui est pour moi l'élément saburral.

L'élément fluxion, l'élément phlogose, l'élément saburral, sont très-communs. Sous ce rapport, on peut les placer à côté des éléments dynamiques. On les observe, comme ces derniers, à des degrés, à des titres divers, dans les maladies affectives, dans les maladies non affectives. Réunis, ils forment une série d'éléments dont l'étude séméiotique date de loin et a été très-fructueuse pour la thérapeutique. Pour ce motif, je crois devoir les replacer sous les yeux du lecteur : suraction, subaction, douleur, spasme, fièvre, fluxion, phlogose, état saburral. Avec les éléments *affections*, ils donnent des maladies les plus fréquentes une explication suffisante pour les besoins de la clinique, soit comme élément principal, soit comme élément secondaire.

Malheureusement, ce dernier cas est le plus commun en ce qui concerne les lésions dites organiques. La fluxion, la phlegmasie, la suraction, la subaction, etc., concourent visiblement à la formation, à l'entretien, au progrès de quelques-unes d'entre elles ; de là, la possibilité d'un traitement prophylactique et d'un traitement palliatif institués d'après ces éléments auxiliaires. Mais quand la lésion organique, décidément établie, tout à fait indépendante, ne présente aucune indication provenant de l'un ou de l'autre des éléments signalés tout à l'heure, nous sommes privés de tout moyen qui puisse la faire rétrograder et disparaître. Effectivement, et cette supposition se réalise souvent dans la pratique, admettons qu'une lésion organique n'est attaquable ni du côté de l'affection, ni du côté de la fluxion, de la phlogose, de la suraction, de la subaction, etc. : il ne reste rien sur quoi nous puissions compter pour en obtenir la résolution ; la seule ressource est l'action chirurgicale.

Il n'en serait pas ainsi probablement si, comme pour les autres

maladies, nous pouvions déterminer la cause propre du travail morbide plastique. Grâce aux progrès de l'anatomie, nous connaissons bien mieux les lésions dites organiques au point de vue du mécanisme, et le diagnostic s'est perfectionné d'autant ; mais c'est un diagnostic anatomique, et la thérapeutique chirurgicale seule en a profité. Quant au traitement dynamique, il n'a pas fait un pas ; ce progrès exigerait des notions d'étiologie et de pathogénie qui nous manquent comme elles manquaient à nos devanciers. Tant il est vrai que l'analyse anatomique d'une maladie et son analyse clinique ne sont pas la même chose.

L'analyse anatomique jette une grande lumière sur le mécanisme des maladies plastiques, et quand ce mécanisme a pour raison d'être un fait de traumatisme externe ou interne, elle acquiert son plus haut degré d'utilité clinique. Mais si le fait initial de la lésion se dérobe à nos sens et se confond dans le mystère de la vie, ce genre d'investigation pathogénique n'aboutit pas ; il faut alors procéder par voie indirecte, par l'interprétation séméiologique des phénomènes qui, dans le passé, dans le présent, se rattachent à la maladie.

La méthode à suivre pour parvenir aux éléments des lésions organiques est donc celle qui doit perfectionner le diagnostic de ces maladies : confirmer, continuer les travaux d'histologie, afin de connaître le mieux possible la partie visible de leur mécanisme; unir ces données à celles qui sont fournies par la séméiotique des symptômes, et surtout diriger l'observation du côté des antécédents, afin d'obtenir une étiologie moins vide que celle que nous possédons. La pathogénie d'où sort le diagnostic de la cause propre de la lésion, est à ce prix. Il est impossible qu'une pareille cause n'existe pas, car une lésion organique est un drame unitaire ayant son commencement, son milieu, sa fin, et cela implique, de la part de la force vitale, une modalité d'action qui dirige et approprie les phénomènes en conséquence.

J'ignore qui l'emportera des opinions émises par les deux Écoles histologiques en conflit maintenant. Une lésion plastique dite hétérologue est-elle le produit du développement de cellules nouvelles, sans analogue dans l'organisme hygide ? ou bien toutes proviennent-elles d'une prolifération exagérée de cellules existant normalement au sein de nos tissus, de nos liquides? La solution de ce problème n'intéresse pas la pratique, pour le moment du

moins. Deux médecins d'un avis différent sur ce point peuvent très-bien s'accorder au lit du malade. Il nous est donc permis de laisser la question indécise jusqu'à ce qu'on en tire des déductions intéressant plus directement l'art de guérir.

Les corps animés, je l'admets sans peine, sont divisibles en cellules. J'admets également que l'action des organes est la résultante, la somme des actions de ces cellules. L'essentiel est qu'on ne se méprenne pas sur la portée de ces faits. Un organisme ne change pas de nature parce que ses dimensions sont minimes. Il y a à se demander le pourquoi de son activité. C'est toujours la grande question. Cette activité est-elle la même que l'activité physico-chimique, ou bien est-elle radicalement différente ? On le voit, la difficulté n'est que reculée. La doctrine cellulaire n'est donc pas en elle-même hostile au vitalisme. Au contraire, en présence de cette myriade d'organismes microscopiques concourant à une fin spéciale, je sens plus que jamais la nécessité d'introduire un principe d'ordre, d'individualisation, dominant la matière brute et réalisant avec celle-ci des effets incontestablement extra-physiques.

Les lésions organiques sont un de ces effets. Ces lésions sont formées d'après les lois biologiques modifiées pathologiquement d'une façon particulière. Trouver pour chacune de ces lésions des faits étiologiques, nosographiques, thérapeutiques, dont l'interprétation conduit à la loi des phénomènes, tel est le but. Une fois ce but atteint, l'anatomie vivante de l'hypertrophie, de l'atrophie, du corps fibreux, du cancer, etc., sera dévoilée. C'est un problème de pathogénie qui demande la même méthode que les autres. Est-il en soi insoluble ? ou bien faut-il croire qu'une histologie plus avancée, plus clinique, en viendra à bout ? C'est ce que l'avenir apprendra.

En attendant que la lumière se fasse, le praticien découvre dans les éléments auxiliaires, spasme, fluxion, phlogose, etc., et surtout dans les éléments affection, des indications au moyen desquelles il agit indirectement sur la lésion organique. Mais quand, ce qui n'est pas rare, la lésion existe seule, sans autres indications que celles qui se tirent d'elle-même, la seule ressource qui reste pour la guérison est le traitement chirurgical, lequel d'ailleurs est de mise toutes les fois que l'organe est trop altéré pour pouvoir revenir à l'état normal.

Les éléments propres des lésions organiques sont donc à déterminer, et je les admets, pour mémoire, en qualité de désidérata.

§ VII. **Résumé de ce qui précède, et réflexions sur la méthode dite analytique.**

Le tableau suivant résume ma classification. Dans le jugement qu'il en portera, le lecteur voudra bien se rappeler les réserves que j'ai faites. Ce n'est qu'une application personnelle d'idées dont je maintiens la justesse, tout en convenant que j'ai pu me tromper dans l'application. L'insuccès de mon essai ne prouverait rien contre ces idées.

ÉLÉMENTS AFFECTION.	*Spécifiques....*	Intermittent, cancéreux, lithique, goutteux, rhumatique, scorbutique, herpétique, scrofuleux, tuberculeux, syphilitique, diphthéritique, rabique, morveux; éléments des exanthèmes fébriles, éléments des maladies épidémiques, etc.
	Spéciaux.....	Inflammatoire, bilieux, catarrhal, muqueux, nerveux, etc.
	Communs....	Sthénique, asthénique.
ÉLÉMENTS ACTE MORBIDE.	*Dynamiques..*	Suraction, subaction, douleur, spasme, fièvre.
	Anatomiques.	État saburral, fluxion, phlogose; éléments des lésions organiques.

Malgré des circonstances autrement favorables, la classification chimique, souvent remaniée, est encore provisoire. Peut-être, selon une idée que nous devons au moyen âge, et que l'observation moderne semble justifier, faut-il croire à l'unité de la matière, celle-ci acquérant les propriétés diverses qu'on lui connaît par suite d'un arrangement particulier d'atomes composants. Toutefois, jusqu'à nouvel ordre, l'oxygène, le carbone, etc, doivent être considérés comme étant des éléments; il y a incontestablement avantage pratique à prendre ce parti. Un avantage analogue se retrouve en pathologie, et comme en chimie nous disons que l'élément est ce qui est indécomposé et non pas ce qui est indécomposable.

La vraie difficulté qui s'oppose à la vulgarisation de la doctrine des éléments morbides provient de la répugnance qu'ont un grand nombre d'esprits à chercher ces éléments par-delà les phénomènes sensibles. Cette répugnance résulte d'une méfiance exagérée

à l'égard des procédés logiques. Mais pourquoi refuser de croire à la vérité d'une idée que l'on trouve au bout d'un raisonnement rigoureux, dont des faits bien observés sont le point de départ et l'appui? Partout on se sert du connu visible pour arriver à l'inconnu invisible. Pourquoi donc n'admettrait-on pas autant de capacités morbides qu'il y a de groupes de faits, autant de causes distinctes qu'il y a de manifestations morbides distinctes?

Ces causes sont les éléments des actes morbides.

Si l'étude des circonstances intrinsèques et extrinsèques de la maladie nous contraint d'attribuer aux actes morbides une cause plus générale encore, alors on s'élève plus haut dans le diagnostic, l'horizon pathogénique s'agrandit, et nous rencontrons l'élément affection, source de nouvelles et précieuses indications.

L'élément *acte morbide* est nécessairement exprimé sous une forme sensible, ainsi que le nom l'indique, et il est exprimé d'une manière toujours essentiellement la même : spasme, fièvre, fluxion, phlogose, etc. Ici, la cause invisible et l'effet sont inséparables et se prennent sans inconvénient l'un pour l'autre.

L'affection, au contraire, est susceptible de se manifester diversement, de sorte qu'aucun de ses actes morbides ne lui appartient absolument, exclusivement. Elle peut exister en puissance, et est alors latente. Elle est donc une cause antérieure, distincte, par rapport à celle qui produit prochainement, nécessairement, l'acte morbide.

Confondre ces deux ordres d'éléments serait manquer aux règles de la raison. La médecine pratique est trop intéressée à peser séparément les indications venant des deux côtés, pour ne pas accueillir une division qui explique et justifie ce qu'elle fait tous les jours au lit du malade. Étant donnée une fluxion scrofuleuse, par exemple, on y distingue d'abord le fait *fluxion*, et ensuite ce qui différencie cette fluxion des autres fluxions, à savoir: le cachet scrofuleux. De là, des indications dont la valeur ne peut être niée.

Au point de vue de l'utilité, de la méthode, cette opération est la même qu'en chimie; seulement l'analyse médicale opère sur des faits différents et a une idée pour produit.

Les règles que je viens de signaler n'ont de nouveau que la manière dont elles sont présentées. Il n'est pas de médecin qui, après les avoir comprises, ne les reconnaisse comme siennes et ne

dise que ce sont celles dont il use tous les jours. Beaucoup d'inégalités existent sans doute au sujet de l'étendue, de la justesse de l'application ; cela dépend de l'instruction, de la sagacité de l'artiste. Les médecins qui traitent l'affection de chimère et se refusent à l'admettre, subissent la peine de leur incrédulité, car ils méconnaissent des indications que souvent rien, dans le diagnostic des actes morbides, ne peut remplacer. Ou bien, s'ils tiennent compte de ces indications, ainsi que tout le monde le fait dans le traitement de la syphilis, de la fièvre d'accès, ils protestent par leur conduite contre leur négation théorique et rendent ainsi hommage à la vérité.

La distinction des éléments *affection* et des éléments *acte morbide* établit un accord complet entre la raison et les données de l'expérience ; elle ouvre une voie de conciliation aux opinions extrêmes, dont l'une exagère la valeur des affections et dont l'autre n'admet rien au-delà des manifestations morbides. Il y a du vrai dans les arguments que les adversaires s'adressent réciproquement. Je me suis efforcé de faire la part de ce vrai.

Certes, je n'ai pas dissipé toutes les obscurités, il s'en faut de beaucoup. La question des éléments sera toujours pendante. Contentons-nous de la résoudre de notre mieux, selon la mesure de nos ressources présentes, et gardons-nous des anticipations.

N'imitons pas ceux qui ont prétendu fixer le chiffre des éléments morbides. Cette prétention suppose qu'on possède complètement la pathologie du passé, du présent et de l'avenir. Donc, point de *ne varietur* au bas d'une semblable liste. Laissons-la largement accessible aux corrections, aux remaniements. Encourageons toutes les tentatives sérieuses ayant les éléments morbides pour objet. Leurs auteurs méritent nos félicitations, notre estime, par cela seul qu'ils ont le sentiment des vrais besoins de la thérapeutique.

Tout perfectionnement exige, en premier lieu, une observation plus exacte des faits de la maladie, et en second lieu l'emploi de la méthode dite *analytique*. On se tromperait si on prenait à la lettre cette appellation *analytique*. Il y a plus que de l'analyse dans la méthode ainsi nommée. L'analyse qui n'a qu'elle-même pour but divise, émiette tout, et ne fonde rien. Elle devient au contraire utile et féconde, quand elle travaille en vue de la synthèse. Point de synthèse légitime sans analyse préalable; aussi la véritable méthode scientifique est-elle composée d'analyse et de synthèse.

Voilà pourquoi certains philosophes ont pris l'analyse pour la synthèse, et réciproquement. Il est de fait qu'on trouve les deux dans tout travail intellectuel complet et qu'elles sont les procédés fondamentaux et indispensables de l'esprit humain. Ces procédés ne se contrarient que pour se régulariser, et se portent secours comme font deux efforts alternativement mesurés en sens inverse pour placer un corps dans un équilibre stable. Si l'on met trop d'analyse ou trop de synthèse, le résultat est compromis. Ces défauts ne sont pas rares. Certains esprits, naturellement ou par éducation, sont plus aptes à l'analyse qu'à la synthèse. Il y a des époques, la nôtre en est une, où la recherche des détails est prisée au-dessus de tout ; d'autres où les vues d'ensemble obtiennent la faveur publique.

La médecine a toujours été partagée entre ces deux séries de travailleurs; mais personne n'a été qu'en paroles absolument analyste ou absolument synthétiste. Le moyen âge, entraîné par un sentiment exagéré de la puissance de l'esprit, n'avait pas le goût de l'exploration matérielle et synthétisait outre mesure et trop vite ; il analysait pourtant, mais à sa manière et d'une façon très imparfaite. De là son inaptitude à la culture des sciences physico-chimiques et son admirable habileté dans la gymnastique purement intellectuelle. C'est une erreur de croire que le XVIIIe siècle était exclusivement analyste; le XVIIIe siècle n'a réagi que contre le synthétisme trop aventureux des âges précédents, en appelant l'attention sur la nécessité de l'observation. Or, observer un fait, c'est en noter les diverses parties, c'est-à-dire l'analyser. Quand on dit que le XVIIIe siècle a pratiqué l'analyse plus qu'on ne le faisait auparavant, on est dans le vrai. Mais ce siècle savait conclure, et par conséquent synthétiser; il l'a prouvé par les progrès qu'il a imprimés à la marche de la physico-chimie et par ses échecs en psychologie et en biologie. La passion qui l'entraînait à la recherche des faits sensibles explique sa force et sa faiblesse.

La majorité des savants d'aujourd'hui vit sous l'empire des idées du XVIIIe siècle, continue les mêmes succès, et subit les mêmes revers. Toutefois des signes irrécusables révèlent un certain mécontentement du présent et annoncent le commencement d'une ère nouvelle, favorable à la synthèse. Chose remarquable, ce sont les chimistes et les physiciens qui actuellement se trouvent à l'étroit dans le domaine du visible, et prétendent que l'on peut, que

l'on doit, au grand avantage de leurs travaux, s'élever logiquement du fait directement observable jusqu'à celui qui ne l'est pas, jusqu'à sa cause de soi invisible.

Cette évolution nouvelle de la pensée contemporaine sera certes plus profitable à la médecine qu'aux sciences dites exactes. Espérons que ceux d'entre nous qui ont importé dans l'étude des problèmes médicaux les procédés utilisés par la physique et la chimie, iront jusqu'au bout dans leur imitation, et se familiariseront, comme leurs guides, avec les réalités apercevables seulement pour l'œil de l'intelligence. Une fois ce pas franchi, le principal obstacle qui les sépare du vitalisme n'existera plus.

Les deux propositions suivantes résument ce qui précède : Analysons toujours en vue d'une synthèse, et que notre synthèse soit appuyée sur une analyse suffisante.

Quand l'expérience et la logique sont d'accord, le produit synthétique de l'ordre intelligible est vrai au même titre que le produit synthétique de l'ordre matériel.

Le plus haut degré de certitude, quant à la justesse du résultat, est obtenu lorsque, ayant à notre disposition les conditions reconnues nécessaires, nous reproduisons la synthèse à volonté. Cette preuve, qui s'appelle preuve par *vérification expérimentale*, n'est souvent pas possible dans les sciences biologiques, différentes en cela des sciences dites exactes. L'observation des faits naturels remplit pourtant assez bien les nombreuses lacunes laissées par l'expérimentation artificielle, pour qu'on puisse arriver au genre de certitude que comporte la pratique médicale.

Le médecin, on s'en souvient, n'a pas seulement à s'occuper des éléments morbides; il y a aussi les éléments étiologiques, dont j'ai parlé en premier lieu. Là se trouvent encore des indications précieuses qu'il faut apprécier et associer aux autres. D'après cela, l'analyse clinique comprend deux analyses : l'une qui porte sur les parties constitutives de la maladie, l'autre qui a pour objet les choses capables d'exercer une influence sur la production, sur la marche de cette maladie.

L'analyse clinique a été fondée pour le perfectionnement de la thérapeutique. Chacune des sciences composant la médecine a la sienne, qui est appelée à lui rendre les mêmes services. La physiologie hygide a ses éléments particuliers comme la physiologie pathologique a les siens. Tout le monde sait que la découverte

des éléments histologiques a transformé l'anatomie. Les faits de toute science sont réductibles en éléments, qui diffèrent selon le but spécial que cette science se propose. Peut-être est-il nécessaire de répéter que, selon toute probabilité, nous ne possédons les éléments de rien. Ce que nous appelons ainsi est le dernier terme auquel conduit l'analyse actuellement possible. L'idée que nous nous faisons d'un élément est donc perfectible dans les proportions de la puissance de nos moyens d'investigation.

On a demandé si l'élément morbide était un être. La réponse sera négative, si on entend par *être* ce qui est par sa vertu propre. Elle sera affirmative pour ceux qui étendent la notion de l'être à tout ce qui est, n'importe les conditions et la manière. L'élément morbide est une réalité logique. Cet élément n'est pas un être substantiel, puisqu'il est la modalité d'un être. Les praticiens peuvent se dispenser de regarder du côté ontologique. La question des éléments est pour eux, avant tout, une question de méthode, et c'est à ce point de vue que je l'ai envisagée.

Mes prédécesseurs ont singulièrement varié sur le chiffre des éléments. Les uns, tenant particulièrement compte des différences, ont abusé de l'analyse et grossi démesurément ce chiffre. Les autres, s'attachant trop aux ressemblances, ont exagéré la synthèse et réduit la liste plus que de raison.

A l'époque où le classement a été entrepris pour la première fois à Montpellier, la tendance analytique l'emportait. Puis est venue une réaction en faveur de la synthèse, et l'on a obéi à une tendance opposée. Il suffit, pour s'assurer de l'exactitude de cette remarque, de placer le tableau de Dumas à côté de ceux de MM. Quissac et Farrat, de comparer les deux essais de F. Bérard, dont le premier[1] est séparé du second[2] par un grand nombre d'années.

Hors de Montpellier, les choses se sont passées autrement. On a commencé par une synthèse très-imparfaite. On n'admettait, en biologie comme en mathématique, que des quantités croissantes et décroissantes, d'où deux éléments seulement, la suractivité et la subactivité. L'analyse ayant fait justice de cette erreur, quelques essais sérieux ont alors été possibles. C'était une réaction antisynthétique, et ces tentatives devaient pécher en sens opposé. Les

[1] F. Bérard; article ÉLÉMENT du *Dictionnaire* en 60 vol.

[2] Ibid.; *Application de l'analyse à la médecine pratique.*

tableaux de MM. Forget, Piorry, Monneret, sont remarquables par leur longueur excessive. Ces cadres trop étendus se rétréciront, et l'on tombera d'accord, au moins sur les points principaux, lorsque l'analyse et la synthèse présideront à la classification d'une façon convenable. Mais pour que ce résultat heureux soit obtenu, il faut préalablement s'entendre sur ce que sont l'analyse et la synthèse, lorsqu'on les applique à la pathologie.

§ VIII. **Éléments morbides considérés dans les maladies chirurgicales.**

L'analyse clinique des maladies dites chirurgicales est la même que celle des maladies dites médicinales, et ses produits se divisent pareillement en éléments morbides et en éléments étiologiques.

Les éléments morbides ne peuvent être différents. Il n'y a pas deux manières, pour le corps vivant, de réaliser la maladie. L'analyse des maladies chirurgicales, comme l'analyse des maladies médicinales, nous conduit aux éléments *affection*, aux éléments *acte morbide* dont je viens de parler.

Tout ce qu'on peut dire, c'est que parmi les premières on compte un plus grand nombre de celles qui ne sont pas affectives, et qui par conséquent dépendent exclusivement d'une provocation.

La provocation, en effet, tient une plus grande place en chirurgie et mérite une attention toute particulière. Elle y apparaît sous toutes les formes et à son plus haut degré d'énergie : altération de la structure des parties, provenant d'une violence physique, chimique, d'un vice d'action du *nisus formativus* pendant la période embryonnaire, ou bien d'une maladie ayant amené des changements anatomiques irrésolubles. De là, pour le chirurgien, la nécessité d'étudier particulièrement les traumatismes, les malformations d'origine tératologique, d'origine pathologique; mais, qu'il ne s'y trompe pas, ces traumatismes, ces malformations, sont des éléments étiologiques. Tout cela précède la maladie qu'il s'agit de traiter. La maladie est constituée par les phénomènes qui surviennent en vertu de la lésion de structure que l'organisme a subie.

Des erreurs ont été admises sur ce point et sont encore acceptées; il me suffira de citer la suivante :

Les corps étrangers figurent, dans plusieurs classifications,

comme éléments des maladies, à côté de la fluxion, de la phlogose, etc. Je remarque en premier lieu que la fluxion, la phlogose, sont des faits d'un ordre bien différent de celui auquel le fait *corps étranger* appartient. C'est choquer la raison que de confondre sous le même titre des choses aussi dissemblables. Pour peu qu'on réfléchisse, on s'assurera qu'il ne doit pas en être ainsi. Le corps étranger est l'occasion et non le commencement de la maladie. Celle-ci commence réellement avec la lésion des facultés vitales attaquées par le stimulus hostile. Il n'y aurait pas maladie, en effet, si, comme cela est parfois observé, la sensibilité des parties restait à l'état normal. Évidemment, le corps étranger est un élément étiologique et non un élément morbide.

F. Bérard avait-il senti la valeur de ces considérations? Je le crois; car après avoir placé les corps étrangers, les lésions physiques, parmi les éléments morbides[1], il s'est ravisé depuis et les a bannis de sa seconde classification, sans donner du reste les motifs de ce revirement d'opinion.

Un pareil retranchement était assez significatif pour suggérer quelques doutes. Les chirurgiens qui se sont occupés, à leur point de vue, de la question des éléments, n'en ont pas tenu compte; ils ont préféré l'essai de la jeunesse de F. Bérard au produit de sa maturité.

Certainement les corps étrangers, les lésions physiques, les malformations, sont des sources d'indication majeure. Il est clair pour tout le monde qu'il faut enlever les stimulus hostiles, placer les tissus divisés dans les conditions les plus favorables à la réunion, à la tolérance, ramener les parties déformées à leur configuration normale; mais il est également clair qu'en agissant ainsi on remplit des indications de provenance étiologique. Les indications de ce dernier genre ne perdront pas de leur importance, parce qu'on les distinguera des autres.

En résumé, l'élément morbide est toujours contenu dans la maladie. Avant, pendant, après l'action morbide, se trouvent des actions extérieures qui la préparent, la déterminent, la modifient. De là, deux sortes d'éléments cliniques, les étiologiques, les morbides. La connaissance de ces éléments est nécessaire à l'exercice, au progrès de notre art.

[1] F. Bérard; article ÉLÉMENT du *Dictionnaire* en 60 vol.

En pathologie externe dominent plus souvent les indications tirées de l'étiologie physique, chimique.

Quant aux éléments morbides, ils sont les mêmes dans les deux pathologies. C'est par ce côté que les deux pathologies se pénètrent et sont inséparables.

J'avais donc raison de dire qu'il n'existe pas d'éléments morbides qu'on puisse appeler chirurgicaux.

SECTION DEUXIÈME

LES MÉTHODES THÉRAPEUTIQUES

CHAPITRE PREMIER

DES MÉTHODES EN GÉNÉRAL.

Toute méthode a pour but d'assurer, de simplifier, d'abréger l'exécution d'un travail.

Méthode, μέθοδος, voie plus facile qu'une autre pour arriver à un but, s'entend d'un plan dressé d'avance et que l'on exécute, ce qui implique une idée mère dont nous suivons le développement pour diriger et coordonner nos actions. L'homme qui a de la méthode se distingue ainsi, par l'unité de sa conduite, de ceux qui agissent sans ordre, selon les hasards de l'inspiration du moment, et qui s'exposent par là à des contradictions.

L'esprit de la bonne méthode est de procéder du connu à l'inconnu, de ne faire un nouveau pas que lorsque le précédent est autant que possible assuré. Il n'y a donc, en réalité, qu'une seule méthode applicable à toute chose; elle consiste essentiellement à bien observer et ensuite à bien raisonner, pour arriver à une conclusion appuyée sur les faits de la même façon que le sommet d'une pyramide appuie sur la base.

Ceci est la *méthode générale*, qui se modifie selon la nature des faits et l'objet de chaque science. La méthode employée dans les sciences physico-chimiques, quoique la même au fond, diffère notablement de celle des sciences biologiques. En médecine, la méthode varie selon la conception de la vie que l'on a adoptée, et pour ne parler ici que des méthodes thérapeutiques, il est évident qu'elles ne peuvent être exactement semblables pour le vitaliste, pour l'organicien, pour celui qui ne voit dans le corps vivant que des actions physico-chimiques. Quand on n'est pas d'accord sur le principe, on ne saurait l'être sur la conséquence. Aussi reste-

rai-je, au sujet des méthodes thérapeutiques, autant séparé de certains médecins que je l'ai été jusqu'ici.

Le premier praticien qui, au lit du malade, a raisonné sa conduite, a usé d'une méthode. Les méthodes thérapeutiques sont donc fort anciennes. Mais tout le monde, il s'en faut, n'a pas fait connaître la sienne, et ce n'est que bien tard qu'on s'est occupé des méthodes thérapeutiques considérées dans leur ensemble. Ce problème a des rapports étroits avec celui des *éléments*. En s'occupant des éléments, on arrivait naturellement à la thérapeutique. Aussi est-ce de Montpellier que sont partis les premiers travaux sérieux. Ces travaux seront mon point de départ. Mon but est de les développer, de les perfectionner. Avant d'exposer l'œuvre de Montpellier, jetons un rapide regard sur ce qui a été fait auparavant.

Une question toujours intéressante se présente d'abord. Quelle était la méthode d'Hippocrate? Il ne l'a formulée nulle part, mais elle est exprimée dans tous ses écrits. Hippocrate se confiait au pouvoir médicateur de la nature vivante. Beaucoup d'hygiène, le moins possible d'agents énergiques. C'était, pour l'époque, la meilleure méthode. Il fallait, au préalable, savoir comment la nature guérit, afin d'être à même de l'aider, de lever les obstacles; prétendre la gouverner, la contraindre, avant de la connaître, eût été folie. Ceux qui ont appelé les écrits d'Hippocrate : des méditations sur la mort, n'en ont pas compris la portée. Ces prétendues méditations sur la mort avaient précisément pour but de nous enseigner à la conjurer. Munis de la science hippocratique et des progrès qu'elle a accomplis depuis, nous savons maintenant que notre confiance dans la nature doit être limitée, et que la méthode suggérée par le naturisme ne suffit pas à tous les cas.

Galien admit deux méthodes générales : l'une *rationnelle*, l'autre *empirique*. Il est impossible de ne pas reconnaître la justesse de cette distinction. Ce qu'il ajoute sous forme de subdivisions porte trop le cachet de l'École humorale, dont il est le législateur, pour avoir un pareil caractère de vérité.

Jusqu'à Barthez, personne n'a traité *ex professo* des méthodes thérapeutiques. Personne, si l'on veut, n'avait rien fait en ce genre qui méritât d'être conservé. Toutefois beaucoup de bonnes idées thérapeutiques ont été émises, dont Barthez, dans son travail synthétique, a profité.

Lorsque ce travail fut publié, Dumas s'efforça d'en diminuer le mérite et soutint qu'il n'était à peu près qu'une copie. D'après Dumas, deux auteurs devaient avoir l'honneur de l'invention : l'un était Stahl, l'autre un médecin anglais de moindre valeur, mais fort honorable, Fordyce. Nous allons voir ce qu'il faut penser de cette assertion.

Stahl [1] reproduit les deux méthodes indiquées par Galien : la méthode rationnelle sous le nom de *dogmatique*, et l'*empirique*. Les subdivisions prouvent que ses idées sur cet important sujet étaient loin d'être arrêtées. La *dogmatique* contient une méthode *générale* et une méthode *spéciale*. Par la méthode générale, on provoque ou l'on modère les mouvements et les évacuations salutaires. La spéciale s'applique à chaque maladie en particulier. Cela ne fait évidemment qu'une méthode, celle qui sort naturellement du système animiste de l'auteur. Dumas pouvait se dispenser de rappeler cette division, d'autant mieux que Stahl la rapportait, comme de juste, à notre maître à tous, à Hippocrate. Ce que Stahl y ajoutait, consistait à dénaturer, en l'exagérant, une pensée qui depuis longtemps appartenait à tout le monde. Voilà pour sa méthode naturelle.

La méthode *empirique* contenait, d'après lui, deux ordres de traitements. Dans les uns, le praticien se livre à des efforts tumultueux, violents, qu'il blâme et appelle téméraires. Ce n'est donc pas, à ses yeux, une méthode acceptable. Les seuls traitements empiriques qu'il approuve sont circonspects et consistent dans l'administration des remèdes spécifiques. Cette énumération faite, Stahl n'entre dans aucun développement et passe à un autre sujet. Évidemment la pensée de formuler un code thérapeutique était bien loin de lui.

Fordyce [2] a encore moins cette prétention. Tout, dit-il, se réduit à quatre indications principales : 1° soutenir le traitement naturel, c'est l'idée hippocratique et stahlienne; 2° imiter les mouvements observés dans ce traitement; 3° écarter les accidents à mesure qu'ils se présentent; 4° appliquer des remèdes qui agissent d'une manière différente que le traitement naturel. C'est étrangement abuser des mots que d'appeler cela des *méthodes*. Singulières mé-

[1] Stahl; Prolégomènes de son *Collegium Casuale*.

[2] Fordyce; *elem. of the practice of Physic.*; *proœmium*.

thodes que celles où l'on répète des préceptes vagues, connus de tous, sans entrer dans aucune explication, sans préciser aucune règle, sans énoncer les cas où ces préceptes doivent être appliqués. Fordyce savait, ainsi que tout le monde, le but à atteindre, mais il n'indiquait pas comment il fallait s'y prendre pour y parvenir, et c'était précisément là ce qu'il fallait dire pour formuler une méthode.

On avait lu Stahl, Fordyce, et personne n'y avait découvert un exposé, une classification de méthodes thérapeutiques. Il n'en a pas été de même de Barthez. Certainement on trouve dans ce qu'il a écrit, certaines idées de Stahl, de Fordyce et de beaucoup d'autres. Mais ces idées appartiennent désormais à Barthez par la netteté avec laquelle il les a exprimées, par les compléments qu'il y a ajoutés, par l'arrangement qu'il leur a donné.

Le travail de Barthez, loin de passer inaperçu comme les précédents, a sérieusement attiré l'attention, ainsi que cela résulte de l'approbation des uns et de la critique des autres. Dumas lui a contesté la priorité, mais il a trouvé ce travail bon, car il l'a adopté en entier dans la partie thérapeutique de son livre sur les *Maladies chroniques*.

Rien n'a été substitué aux méthodes de Barthez. Supprimons-les, et il ne reste que des aspirations comme celles dont j'ai parlé tout à l'heure, en matière de réglementation scientifique destinée à diriger les praticiens.

Il importe donc de faire connaissance avec l'œuvre de Barthez. Ses premières idées ont été publiées dans la préface de sa *Nova doctrina de functionibus corporis humani*, 1774. Il les a étendues et commentées dans ses cours, et résumées enfin d'une façon concise mais suffisante en tête de son livre sur les *Maladies goutteuses*. Dans la question des éléments morbides, je n'avais de Barthez qu'une définition. Cette fois, l'entreprise est poursuivie jusqu'au bout ; nous sommes bien plus certains de posséder la pensée entière du maître.

Barthez établit tout d'abord que le problème thérapeutique est susceptible, comme le problème mathématique, de plusieurs solutions différant entre elles par leur élégance, par leur brièveté. La même maladie peut donc être traitée avec succès d'après des manières diverses.

Soit un embarras gastrique de médiocre intensité. Tel médecin en débarrasse le sujet, en prescrivant en premier lieu des bois-

sons délayantes, puis les stomachiques amers. Cette méthode exige plusieurs jours et la guérison se fait attendre. Un émétique, au contraire, fait tout disparaître en peu de temps. Cette dernière manière est sans contredit préférable à la première. Il se peut que l'action de l'émétique soit, dans tel autre cas, jugée devoir être dangereuse, et alors l'avantage revient aux délayants et aux amers. Au début d'une phlegmasie traumatique, on a à choisir entre les antiphlogistiques et les répercussifs perturbateurs. S'ils sont également applicables, les répercussifs procureront une guérison plus prompte et devront être préférés.

Si des méthodes différentes peuvent conduire au même but, à plus forte raison en sera-t-il ainsi des procédés.

La constatation de ces vérités était utile dès l'entrée ; car, pour bien connaître les méthodes, il est bon de savoir celles qui peuvent se suppléer, avec quels avantages, avec quels inconvénients. On n'est praticien complet qu'à cette condition. Barthez montre du même coup que beaucoup d'oppositions signalées malicieusement entre les prescriptions de deux praticiens pour un même cas morbide, n'existent pas en réalité et ne sont que des variantes de la même pensée.

Les faits de guérison observés avec des traitements différents ne prouvent nullement que la nature vivante sait, après délibération et jugement, accommoder à ses vues et utiliser le mieux possible le moyen auxiliaire que l'art a mis à sa disposition. Barthez et les siens ont été souvent accusés d'accorder l'intelligence à la force vitale, et la déclaration qui précède proteste contre cette calomnie.

Après ces courts préliminaires, il entre en matière.

Barthez conserve l'ancienne division de Galien, admise par Stahl. Il reconnaît donc, comme tout le monde avant lui, des méthodes *rationnelles*, des méthodes *empiriques*, mais il les entend et les subdivise d'une façon notablement différente.

Barthez ne prononce pas le mot de *méthodes rationnelles* ; mais évidemment, les deux premières méthodes qu'il admet sous le nom de méthode *naturelle* et de méthode *analytique*, rentrent dans la catégorie des rationnelles; effectivement, celles qui viennent à la suite sont caractérisées par l'épithète d'*empiriques*.

ARTICLE PREMIER. — MÉTHODES NATURELLES.

Barthez n'a pas inventé ces méthodes. Hippocrate et ses nombreux disciples, Stahl et les siens, en ont amplement parlé. Toutefois, personne n'en avait donné une idée aussi exacte, aussi complète; personne n'avait, comme lui, fourni les moyens de préciser pratiquement les cas nombreux et divers où ces méthodes sont indiquées.

« Les méthodes naturelles du traitement d'une maladie, dit-il, ont pour objet direct de préparer, de faciliter et de fortifier les mouvements spontanés de la nature qui tendent à opérer la guérison de cette maladie. Ces méthodes sont généralement indiquées dans les maladies où la nature a une tendance manifeste à affecter une marche réglée et salutaire [1]. »

Voilà ce que dit Barthez, et il passe immédiatement à la méthode analytique. Tout est dans cette définition, mais il faut l'en extraire par des commentaires et des développements destinés à en faciliter l'intelligence aux débutants.

Sa pensée est bien la suivante : Les méthodes naturelles conviennent dans les maladies dont la marche est actuellement réglée et salutaire, et aussi dans celles où il n'y a que tendance à affecter cette marche réglée et salutaire. Ces méthodes consistent à préparer, à faciliter, à fortifier les actes qui doivent favoriser une heureuse évolution. Examinons tour à tour les principaux cas de ce genre qui se présentent, et nous déterminerons les principales méthodes naturelles et les principaux procédés qui leur sont appropriés.

Et d'abord, le cas le plus simple: c'est celui où la maladie marche bien et est en mesure de bien aller jusqu'au bout. Soit une rougeole simple et bénigne, il n'y a rien à faire qu'à tenir le sujet à l'abri de toutes les influences qui pourraient se mettre à la traverse. C'est là l'échantillon le plus complet, le plus facile à comprendre, d'une méthode naturelle.

Voici un cas différent de la même maladie. La fièvre d'invasion est trop forte ou trop faible; l'éruption se retarde ou se fait trop lentement; les tendances sont bonnes, mais l'exécution laisse

[1] Barthez; *Traité des maladies goutteuses*, tom. I, préface, pag. XI.

à désirer. La méthode que je suis, en parant à ces inconvénients, est, selon la définition, une méthode naturelle. En effet, je prépare, je facilite, je fortifie les mouvements favorables, j'obtiens une marche réglée et salutaire. Je ne retranche rien de ce qui est constitutif de la maladie; au contraire, je complète les choses telles qu'elles doivent être pour son évolution normale. En cherchant à modérer, à exciter la fièvre, selon les cas, je ne prétends pas la faire disparaître, je veux seulement la ramener au degré nécessaire pour le genre de fonction qu'elle remplit. Cette méthode, quoique différente de la précédente, est pourtant de même ordre.

J'en dis autant de celle qui dirige le traitement d'une fracture, d'une plaie simples. Quelle est, en effet, la fonction du bandage unissant pour la plaie, de l'appareil contentif pour la fracture? C'est celle d'un auxiliaire qui permet à la nature de réaliser convenablement ses bonnes tendances, moyennant un secours physique qu'elle ne peut se donner.

Je suis encore les errements de la méthode naturelle, quand j'ouvre un abcès, quand j'extrais un corps étranger, quand j'enlève des parties gangrenées. L'organisme vivant, que je suppose toujours dans de bonnes dispositions, pourrait de lui-même évacuer le pus, éliminer le corps étranger, l'eschare ; mais ce travail serait long, pénible, peut-être dangereux, et comme il est de ceux que la chirurgie exécute mieux que l'organisme lui-même, l'art supplée à la nature avec avantage ; toutefois, remarquons-le bien, en agissant dans le sens indiqué par la nature elle-même.

Ces exemples, que je pourrais multiplier, suffisent pour montrer que les cas où la méthode naturelle est applicable sont les suivants : synergie médicatrice bien ordonnée, synergie existant à l'état de tendance et ayant besoin d'être secourue pour l'exécution ; en un mot, les cas où il convient de respecter les mouvements spontanés en totalité ou dans leur partie essentielle.

Beaucoup de maladies indiquent la méthode naturelle depuis leur commencement jusqu'à leur fin. Cette méthode est aussi de mise à certains moments des maladies qui en réclament une autre. Quels sont ces moments? Évidemment ce sont ceux où l'organisme suit une direction jugée salutaire. A la fin d'une pyrexie *mali moris*, de nouvelles tendances remplacent les premières ; de funestes qu'elles étaient, elles sont devenues avantageuses. Une

crise favorable, par exemple, se prépare ou s'établit décidément. N'est-ce pas le cas de faciliter, de fortifier ce qui se fait ?

Dans une maladie diathésique, nous l'avons vu, se manifestent des scènes morbides qui, quoique contribuant à enraciner la viciation constitutionnelle, en éloignent le péril et sont désirables. A plus forte raison s'il s'agit d'un cas de diathèse dont la guérison est jugée impossible. Les efforts de la nature sont, dans ces conditions, relativement salutaires, et il faut faire le nécessaire pour qu'ils aboutissent. Le praticien emploie alors une méthode naturelle.

Quelle que soit la maladie, au moment où la faculté médicatrice l'emporte décidément, où par conséquent le travail de la guérison est en train de se former, l'action thérapeutique consiste à favoriser, à régulariser ce travail. La méthode naturelle est donc de mise partout, au moment où tout s'arrange pour le soulagement et surtout pour la guérison.

Il ne faudrait pas croire que la même maladie, que le même cas morbide, ne réclament qu'une méthode thérapeutique. On change souvent de méthode pendant la durée d'un traitement. Selon les circonstances, on substitue une méthode à une autre, ou bien on en emploie plusieurs simultanément. Ces particularités seront plus faciles à exposer et à comprendre, lorsque le lecteur connaîtra toutes les méthodes.

Je puis maintenant proposer les principales divisions de la méthode naturelle.

Cette méthode diffère selon le but qu'elle poursuit et selon le genre des agents thérapeutiques qu'elle emploie.

Selon le but, on doit admettre une méthode naturelle servant aux traitements *prophylactique, curatif, palliatif*. Je m'occuperai plus tard de chacun de ces traitements, et je m'expliquerai alors plus amplement sur la part que peut y prendre la méthode naturelle. Ce que j'ai dit plus haut facilitera ma tâche.

Selon le genre de secours apporté par le médecin, la méthode naturelle peut être distinguée en deux : l'une qui est la méthode naturelle *expectante*, l'autre qui est la méthode naturelle *agissante*.

La méthode naturelle *expectante* ne consiste pas, comme quelques-uns le croient, à ne rien faire. Ne rien faire n'est pas une méthode ; pour cela, il ne serait pas nécessaire d'être médecin. Un médecin n'est jamais oisif auprès de son malade. Il doit régler le régime, et le régime implique la prescription de toutes les

choses hygiéniques qui, dans l'espèce, aideront à l'heureuse évolution de la maladie ; il doit écarter les influences susceptibles de nuire. L'action, quoique bornée à l'hygiène, n'en est pas moins très-positive et d'une grande valeur. Le secours emprunté à la méthode naturelle expectante est donc un secours exclusivement hygiénique.

La méthode naturelle *agissante* emploie des moyens d'un autre ordre et généralement plus actifs. Ces moyens sont *pharmacologiques* ou *chirurgicaux*. En parcourant la seconde série des cas signalés tout à l'heure, on trouvera des exemples de l'application de la méthode naturelle agissante. C'est une idée inexacte, et pourtant très-répandue, que de considérer la méthode naturelle comme ayant exclusivement recours à l'hygiène.

Les motifs qui décident à choisir la méthode naturelle se tirent de la nature bénigne de la maladie, de sa simplicité, des bonnes qualités du patient. Ils ont été exposés au chapitre consacré à la faculté médicatrice. N'oublions pas que la méthode naturelle se recommande comme auxiliaire des autres méthodes ; parfois elle est seule possible, mais incapable par elle-même de provoquer la guérison : par exemple, dans le traitement d'un grand nombre de maladies où domine une tendance fâcheuse. On rencontre fréquemment, dans le cours de ces maladies, des efforts utiles qu'il faut savoir respecter et au besoin provoquer. J'aurai à m'expliquer plus amplement sur ce sujet, à propos des traitements prophylactiques, curatifs et palliatifs.

Il est de règle, en bonne pratique, d'employer autant que possible la méthode naturelle. En général, les guérisons les meilleures, les plus assurées, sont celles où la nature met le plus du sien. Ce n'est pas sans motifs sérieux que le praticien doit remplacer la médecine expectante par la médecine agissante, surtout quand cette dernière a pour mission de changer violemment la direction des mouvements spontanés. Les méthodes naturelles, j'en conviens, sont relativement lentes dans leurs résultats. Le malade, impatient de souffrir, demande à guérir vite. Un succès exceptionnellement rapide frappe l'attention, et plus notre intervention a été active, plus notre amour-propre est flatté. On s'expose à des mécomptes lorsqu'on se laisse entraîner par des considérations de cet ordre. Pour certaines choses, sans doute, nous faisons mieux que la nature. N'hésitons pas à nous substituer à

elle quand il s'agit d'une action physico-chimique (neutralisation d'un poison, d'un venin, enlèvement d'un corps étranger, ouverture d'un abcès, etc.). Mais quant aux actes vitaux, souvenons-nous qu'en ce qui les concerne nous n'allons pas plus loin que la provocation, et que, pour un grand nombre, notre pouvoir est incertain. Une fois la maladie bien engagée, suivons le plan spontanément établi, et nous aurons plus de chances d'obtenir le dénoûment souhaité. Tenons-nous-en là et sachons attendre. Plus d'une fois, en voulant presser la marche du travail morbide, en substituant par violence aux actes morbides en train d'exécution d'autres actes jugés plus médicateurs, on a fait naître des perturbations funestes. Le mieux, comme on le sait, est fréquemment l'ennemi du bien.

En suivant la nature dans la voie qu'elle a choisie, on prend un parti avantageux pour le malade. Laisser les événements se dérouler en liberté est, au commencement des maladies, ce qu'il y a de mieux à faire, en général, pour faciliter le diagnostic. Une thérapeutique turbulente trouble la marche des phénomènes, en altère la physionomie. Autant qu'on le peut, en présence d'une maladie nouvelle, au début d'une épidémie, on doit se borner à l'observation expectante, jusqu'au moment où, la maladie étant connue, on sait ce qu'il faut en attendre en bien ou en mal. On est alors en mesure de poser les indications. J'ai dit qu'aux commencements de la médecine la méthode naturelle était, somme toute, la meilleure pour l'enseignement clinique, et que, sous ce rapport, Hippocrate et les naturistes avaient rendu de grands services à la science.

ARTICLE II. — MÉTHODE ANALYTIQUE.

Ici, Barthez est entièrement nouveau. Ni Stahl, ni Fordyce, ni personne, n'avaient rien dit de semblable, et cependant la méthode *analytique* ne le cède à aucune autre en importance. Voyons d'abord comment Barthez s'exprime sur son compte, et puis viendront les commentaires, les explications.

« Les méthodes analytiques de traitement d'une maladie sont celles où, après l'avoir décomposée dans les affections essentielles dont elle est le produit ou dans des maladies plus simples qui s'y compliquent, on attaque directement ces éléments par des moyens proportionnés à leurs rapports de force et d'influence.

» Ces méthodes sont d'autant plus indiquées qu'il existe une plus grande complication des éléments d'une maladie.

» Dans la méthode analytique qui est propre à chaque complication, il faut faire dominer le traitement qui convient à chacune des affections ou maladies composantes, à proportion de ce qu'elle a plus d'importance respective. Cette importance doit être estimée suivant qu'elle est plus urgente ou d'un danger plus pressant, et suivant son influence sur les autres affections ou maladies combinées.

» Après avoir ainsi déterminé la méthode mixte qui convient au traitement de chaque cas compliqué, il faut encore distribuer les diverses parties de cette méthode dans l'ordre des temps qu'il est nécessaire ou plus avantageux d'observer, pour assurer le succès de son exécution.

» Ainsi, dans la formation de chacune de ces méthodes analytiques, il est essentiel de bien distinguer (ce qu'on n'a pas fait convenablement jusqu'ici) l'ordre d'importance relative des éléments de la maladie compliquée, et l'ordre des temps d'exécution des parties de cette méthode [1].»

Remarquons en premier lieu les mots *affection, maladie*. Pour beaucoup de médecins encore, à Montpellier, *maladie* signifie manifestation. Assurément Barthez ici veut parler des *éléments affection*, des *éléments acte morbide*. J'ai expliqué la nécessité pratique de faire cette distinction.

Barthez dit que, dans la méthode analytique, on *attaque directement* une partie de la maladie. Voilà ce qui distingue essentiellement cette méthode de la méthode naturelle. Quand on suit la méthode naturelle, on maintient la maladie dans la direction qu'elle a spontanément prise; on modère, on excite tout au plus selon les cas, pour perfectionner ce qui est. Dans la méthode analytique, au contraire, on combat, on poursuit jusqu'à élimination quelque chose qui fait obstacle. Ce trait essentiel sépare nettement les deux méthodes. Soit une fluxion de poitrine de nature inflammatoire (pneumonie, pleurésie) : si, la jugeant bien engagée et en mesure de se résoudre, je respecte la maladie dans ses parties principales, si je me contente, au besoin, de modérer, d'exciter, les phénomènes, j'emploie la méthode naturelle. Supposons au contraire que,

[1] Barthez; *Traité des maladies goutteuses*, tom. I, préface, pag. XI.

trouvant la maladie dangereuse pour le sujet, je veuille l'arrêter en la privant de l'un de ses éléments composants (hyperesthésie, fluxion, phlogose), je me sers de la méthode analytique. Sarcone faisait de la méthode analytique quand il jugulait par l'opium des pleurésies dans lesquelles l'élément *douleur* prédominait. L'expérience avait prouvé qu'avec la méthode naturelle les pleurésies dont il s'agit avaient un dénoûment funeste. Nous devons distinguer soigneusement ces méthodes pour les placer chacune en son lieu.

Barthez fait observer que la partie de la maladie qui doit disparaître est la plus importante. Or il y a deux genres d'importance qu'il a très-bien signalés.

Tel élément est important, parce qu'il porte en lui des conséquences qui prochainement ou plus tard seront funestes. Le même élément ou tel autre sont importants, parce que jouant, dans la maladie, le rôle de facteurs premiers et nécessaires, si l'on parvient à les supprimer, du même coup on supprime tout le reste. L'élément morbide peut donc être important : 1° par sa gravité propre; 2° par sa valeur pathogénique. Pour expliquer ma pensée, je choisis un élément susceptible de présenter l'une ou l'autre de ces importances. Soit la fluxion : si, par sa violence, par son extension, elle devient menaçante, évidemment alors elle expose à des conséquences désastreuses, et il faut la combattre au plus tôt. La fluxion, comme tout autre élément, devient, dans toute maladie, un élément important lorsqu'elle est excessive.

Dans d'autres cas, la fluxion ne sera pas intense, elle ne fera, par elle-même, courir aucun danger au sujet ; son importance consiste en ceci qu'elle est le point de départ d'une phlegmasie qu'on a tout intérêt à faire disparaître. Au début d'une pareille phlegmasie, la fluxion doit être attaquée directement. Réussit-on à s'en rendre maître, la phlegmasie privée d'un facteur nécessaire cède avec la fluxion. Mais il faut s'y prendre à temps. Les premiers moments étant passés et la phlegmasie décidément établie, c'est la phlogose qui domine à son tour et devient l'élément important. On observe, surtout en chirurgie, des faits de ce genre. A la suite d'un traumatisme, quand on profite du moment opportun, on arrête une phlegmasie en combattant la fluxion. Tout le monde sait l'emploi qui se fait des irrigations froides continues pour prévenir une phlegmasie traumatique ou pour

l'arrêter à son début. La douleur remplissait un rôle pareil à celui de la fluxion, dans les pleurésies dont il était question tout à l'heure. Ceux qui, comme Sarcone, prescrivaient l'opium dès l'abord, enlevaient la maladie. Plus tard l'occasion était manquée, et la pleurésie poursuivait sa marche avec tous ses périls. Telle est l'explication de la pensée de Barthez, lorsqu'il dit qu'en employant la méthode analytique il faut distinguer l'ordre d'importance relative des éléments, et l'ordre des temps d'exécution des parties de cette méthode.

Assurément, en posant sa règle, Barthez voulait non-seulement parler des éléments *acte morbide*, mais aussi des éléments *affection*. L'affection, quand elle est présente, est le fait important, primant tout le reste. L'indication est toujours de la combattre. Malheureusement il s'en faut de beaucoup que nous possédions des moyens assez efficaces, assez prompts. Il y a telle affection, l'ataxo-adynamique par exemple, qui réunit en elle les deux genres d'importance. Personne n'ignore la gravité de ses manifestations et l'influence funeste qu'elle exerce sur les actes morbides en voie d'évolution au moment où elle s'établit.

Une déduction naturelle des règles qui précèdent est la suivante : il faut choisir le moyen thérapeutique qui peut remplir en même temps deux indications fournies par la méthode analytique. S'agit-il d'une fluxion inflammatoire, l'antifluxionnaire préférable à tous les autres sera la saignée, qui agira favorablement tout à la fois sur l'élément *fluxion* et sur l'élément *affection*. L'huile de ricin, qui réunit la propriété purgative à la propriété vermifuge, conviendra pour un embarras intestinal d'origine vermineuse. Des motifs analogues feraient prescrire la valériane, si les vers avaient pour conséquence des accidents spasmodiques.

Grâce à ces développements, à ces additions, l'exposé de Barthez, concis et abstrait, selon la manière habituelle de cet auteur, devient accessible à toutes les intelligences.

Voici maintenant quelques réflexions que le texte de Barthez, tel qu'il est rédigé, ne suggérerait pas, et quelques observations critiques.

Barthez ne parle que des éléments *morbides*. Il est clair pourtant que la méthode analytique s'applique également aux éléments *étiologiques*. L'appréciation des actions provocatrices d'origine externe ou interne, dans leurs rapports de causalité avec les

phénomènes de la maladie, est de nécessité première. L'analyse clinique portant sur les deux ordres d'éléments, suggère des indications dont la valeur doit être comparée selon leur importance. On a ici, comme tout à l'heure, à résoudre la question d'influence, la question de temps, d'opportunité. Telle provocation, physique ou autre, a ou n'a pas une grande énergie d'influence ; il faut profiter du temps où cette influence est dans toute sa vigueur. Vient un moment, en effet, où une maladie réactive persiste après l'enlèvement de sa cause provocatrice. En s'y prenant plus tôt, la réaction aurait été arrêtée dans sa marche. Je me contente de signaler ce point à l'attention du lecteur, qui trouvera facilement des exemples. La méthode analytique convient aussi bien à la chirurgie qu'à la médecine.

Le mot méthode *analytique* ne me paraît pas heureux. Rigoureusement, l'analyse est indispensable dans toutes les méthodes. Comment appliquer la méthode naturelle si, au préalable, on n'a pas, à l'aide de l'analyse, apprécié la valeur des parties composantes de la maladie, leur appropriation quant à leur degré d'énergie, quant à leur ordre de succession ? Alors seulement on peut rationnellement employer la méthode naturelle, expectante ou agissante. L'analyse, nous le verrons bientôt, est, comme partout, nécessaire aux autres méthodes proposées par Barthez. Barthez, sans doute, veut parler ici d'une analyse distincte des autres par son but spécial, qui est de combattre la maladie en détail. Dans ces limites, il a parfaitement raison. Toutefois j'aurais préféré que dans l'appellation il y eût quelque chose rappelant qu'il s'agit d'une application particulière de l'analyse ; je reviendrai sur ce sujet au moment où je formulerai un jugement général sur les méthodes de Barthez.

Autre observation dont la portée pratique me paraît sérieuse. A prendre à la lettre ce que dit Barthez, on croirait que la méthode analytique convient exclusivement aux maladies *compliquées*. Assurément ces maladies réclament l'emploi de l'analyse. Rien de mieux que de combattre les complications et de ramener ainsi la maladie à l'état de simplicité; sa cure naturelle ou artificielle devient alors plus aisée. Il ne faudrait pas supposer pourtant qu'une fois les complications enlevées, la méthode analytique ne soit plus de mise. Soit, par exemple, une phlegmasie compliquée d'embarras gastrique, et qu'un émétique opportunément prescrit

a rendue simple. Il se peut que, d'après la bonne situation des choses, la phlegmasie doive être traitée d'après la méthode naturelle. Il se peut aussi qu'il y ait lieu d'arrêter la marche de cette phlegmasie, et alors la méthode analytique rendra encore des services, si l'on juge convenable d'attaquer cette phlegmasie dans l'un de ses éléments constitutifs. Nous savons [1] qu'en langage thérapeutique, la maladie *simple* est celle qui n'est associée avec aucune autre et ne présente que ses éléments propres. D'après cela, une maladie qui a plus d'un élément est susceptible d'être traitée, quoique simple, d'après la méthode analytique.

Il en est de même des maladies qui ne sont ni simples, ni compliquées. Je veux parler de celles que j'ai appelées *composées* [2] : telles sont le *causus,* la chlorose, la grippe, la fièvre jaune, etc. Dans le *causus,* par exemple, on attaque directement, selon la prédominance, tantôt l'affection inflammatoire, tantôt l'affection bilieuse, dont l'association constitue la maladie, véritable espèce morbide. La complication n'est pas cela [3] ; elle ne fait pas partie intrinsèque de la maladie; elle est quelque chose en dehors d'elle, qui lui fait obstacle et la laisse entière quand elle a disparu, seulement plus capable de trouver une solution satisfaisante ; gardons-nous donc bien de croire que la méthode analytique ne trouve sa place que dans le traitement des maladies compliquées. Sur ce point, le texte de Barthez commandait une rectification.

Le véritable esprit de la méthode analytique est de combattre directement un élément séparé, étiologique ou morbide, soit pour simplifier une maladie, soit pour en arrêter la marche.

Le lecteur a compris que la méthode analytique est, plus qu'une autre, solidaire du problème des éléments. Là où celui-ci est obscur, la méthode manque d'une base solide. A mesure donc qu'on connaîtra mieux les éléments des maladies, la méthode analytique sera d'autant perfectionnée. Il n'est pas surprenant que le praticien rencontre des cas où son emploi n'est pas possible. D'ailleurs la présence de tel élément est constatée; il ne s'ensuit pas qu'on soit à même de le combattre. L'agent thérapeutique nécessaire ne fait que trop souvent défaut. Que faire alors? En présence de

1 Voir *Maladies simples, composées, compliquées.*

2 Voir *Maladies composées.*

3 Voir *Maladies compliquées.*

l'impuissance des méthodes naturelle et analytique, il reste les méthodes *empiriques*.

ARTICLE III. — MÉTHODES EMPIRIQUES.

L'idéal de la médecine *science* est de guérir toutes les maladies par la méthode naturelle ou par la méthode analytique. Dans ces méthodes, nous comprenons assez le mécanisme de notre action pour que nous ayons le droit de les appeler rationnelles. Nous sommes moins avancés dans celles qui sont dites *empiriques*. Barthez suppose connus les motifs de cette dernière épithète, et il ne s'explique pas là-dessus. Il est aisé de suppléer à son silence. Les méthodes empiriques ont été ainsi nommées parce qu'elles sont, plus que les précédentes, établies d'après les données de l'expérience clinique. Certes le raisonnement y entre pour sa part. Quelle est la méthode où l'on puisse se dispenser de raisonner? La distinction absolue est donc impossible ; c'est affaire de plus ou de moins. En thérapeutique, comme partout en médecine, le raisonnement et l'empirisme se trouvent mêlés ; si l'on parcourt la série des faits, il est impossible de déterminer le point précis où l'un commence à l'emporter sur l'autre. Il fallait donc définir les méthodes empiriques d'une autre manière, et c'est ce qu'a fait judicieusement Barthez.

«Dans les méthodes empiriques du traitement d'une maladie, dit-il, on s'attache directement à en changer la forme entière par des remèdes qu'indique le raisonnement fondé sur l'expérience de leur utilité dans des cas analogues.

»Ces méthodes conviennent surtout aux maladies où l'on a lieu de craindre que les mouvements spontanés de la nature ne soient impuissants pour opérer la guérison, et dans celles qu'on ne peut décomposer en des éléments bien déterminés dont on puisse être assez sûr de remplir les indications.

»Il est absolument nécessaire d'y avoir recours dans ces maladies que la nature seule ne guérit point; comme sont la fièvre intermittente maligne et la maladie vénérienne portée à un haut degré[1].»

[1] Barthez; *Traité des maladies goutteuses*, tom. I, préface, pag. XIV.

Puis viennent les subdivisions que nous connaîtrons tout à l'heure.

Le propre des méthodes empiriques est de prendre en bloc ce qu'elles attaquent. La chose attaquée est la maladie entière, ou bien une affection compliquante, ou simplement un acte manifestateur. Dans les deux derniers cas, la méthode empirique laisse subsister une portion de la maladie, et elle est alors un auxiliaire de la méthode analytique, mais un auxiliaire agissant d'une façon spéciale. Quand j'attaque par le mode empirique une phlegmasie rhumatismale mal placée, une affection périodique associée avec une affection typhoïde, je fais antagonisme à la totalité de cette phlegmasie, de cette affection intermittente. Barthez est conséquemment dans le vrai si, par ces mots : «la méthode empirique change la forme entière de la maladie», il veut dire la forme entière du fait morbide qu'elle combat, lequel, ainsi que nous venons de le voir, peut n'être qu'une partie du mal. Il m'a paru utile de montrer que la méthode empirique n'atteint pas toujours le principal de la maladie, et qu'elle se borne à corriger, à simplifier. La méthode empirique et les autres méthodes se prêtent mutuellement secours dans les temps divers d'un même traitement ; l'essentiel est de les employer là où il faut ; rarement une seule méthode suffit pour amener la guérison.

Les mots « remède qu'indique le raisonnement fondé sur l'expérience de leur utilité dans des cas analogues» , sont là pour apprendre au lecteur que les agents employés par la méthode empirique sont ceux dont nous devons particulièrement la connaissance à l'empirisme.

Je fais remarquer le mot *surtout* de la seconde phrase. Cette restriction est sage, car la méthode analytique peut convenir aussi aux maladies où l'on est autorisé à craindre que les mouvements spontanés de la nature ne soient impuissants pour opérer la guérison. Barthez ajoute très-justement que les méthodes empiriques sont indiquées quand, faute d'une analyse suffisante ou faute d'un agent efficace, on ne peut rien obtenir de la méthode analytique.

Dans la troisième phrase, Barthez nomme des maladies où, en effet, il est absolument nécessaire d'avoir recours à une méthode empirique ; mais il n'est pas exact de dire qu'il en est ainsi de toutes les maladies que la nature seule ne guérit point. Beaucoup de maladies qui, livrées à elles-mêmes, telles quelles, seraient in-

curables et même mortelles, deviennent curables à l'aide de la méthode analytique.

Moyennant ces commentaires, on aura, je l'espère, la pensée de Barthez au sujet des méthodes empiriques considérées dans leur ensemble.

En parlant des méthodes précédentes, Barthez a laissé à ses lecteurs le soin de former les subdivisions dont chacune d'elles est passible. Ici, il éprouve le besoin d'être explicite. Il admet comme méthodes empiriques les méthodes *vaguement perturbatrice, imitatrice, spécifique*.

§ I. Méthodes empiriques vaguement perturbatrices.

« Les méthodes vaguement perturbatrices tendent à substituer aux affections constitutives d'une maladie d'autres affections fortes qu'on espère qui peuvent les dissiper[1]. »

Barthez mentionne, pour les proscrire, les moyens violents qui de tout temps ont été employés en dehors de la médecine régulière. Il cite comme échantillon de la bonne manière d'agir, la pratique de Sydenham imitée par Boërhaave, consistant à combattre la fièvre intermittente d'automne opiniâtre, en excitant à la fois des sueurs et des déjections un peu avant le temps où la fièvre devait revenir.

Le but qu'on se propose en employant la perturbation est de contraindre, par une impression assez énergique, l'organisme à changer la direction des mouvements où il est engagé, et à le mettre ainsi dans l'impossibilité de continuer le travail morbide existant. Les uns appellent cela *substitution;* effectivement on remplace une opération par une opération nouvelle assez différente pour être incompatible. Les autres disent *distraction des forces ;* métaphore bien permise, car alors la cause vitale agit comme la cause psychique que l'on distrait en l'occupant dans un sens opposé. Substitution ou distraction, la pensée est la même. On utilise la tendance de la vie à l'unité, tendance par laquelle elle s'emploie entière, sans partage, pour l'exécution des actes importants.

Barthez ne parle que d'affections. Évidemment ce mot est pris ici dans son sens le plus général et purement grammatical. Il

[1] Barthez, *loc. cit.*, tom. I, préface, pag. xv.

comprend toutes les émotions que l'organisme est capable d'éprouver. Nous allons voir qu'il y a des maladies locales qui peuvent être traitées par des perturbations également locales.

La perturbation, pour être efficace, nécessite, selon Barthez, des *affections fortes*. Ce mot ne doit pas être pris à la lettre : il suffit que l'émotion soit assez forte relativement à la maladie. Une faible attaque arrête l'évolution d'une maladie encore plus faible. Néanmoins c'est toujours par violence que l'on agit. Le mal artificiellement provoqué est fréquemment capable d'entraîner des périls. Le malade ne doit pas perdre au change. La méthode perturbatrice exige donc une main habile et prudente. Bien que son mode d'action sur le corps vivant soit connu, Barthez l'a placée parmi les méthodes empiriques, et il a eu raison. En effet, le raisonnement y tient moins de place que dans les méthodes naturelle et analytique, dont l'application implique une connaissance plus approfondie des faits étiologiques ou morbides qui se rattachent à la maladie. Sous ce rapport, elle est la plus empirique de toutes les méthodes de ce dernier nom, et je puis dire qu'elle est seulement de mise lorsque les autres méthodes ne peuvent pas servir. Elle est donc souvent un pis-aller, et on y a recours faute de mieux.

Le mot *perturbation* est vague. Barthez, on l'a remarqué, dit méthode *vaguement perturbatrice*. Il est utile de distinguer les cas principaux, ce que Barthez s'est dispensé de faire.

Une première manière d'opérer la perturbation consiste à affaiblir le malade au point de lui ôter la force nécessaire pour exécuter le travail morbide. On atteint ce but en tirant du sang au sujet, en le soumettant à une diète sévère. J'appellerai volontiers *jugulatrice* cette espèce de perturbation. C'est le cas si connu de Galien arrêtant la marche d'une synoque simple et bénigne par une saignée copieuse; *jugulasti febrem*, lui disait-on à ce sujet. Une pareille conduite ne mérite pas d'être imitée. Galien a cédé à l'attrait d'une vaine gloriole, en voulant guérir rapidement une maladie dont la méthode naturelle aurait fait justice en peu de jours.

M. Bouillaud appliquait le mode de perturbation dont je parle, dans ce qu'il a nommé sa méthode des saignées coup sur coup, contre les phlegmasies, et en particulier les phlegmasies thoraciques. La pratique de M. Bouillaud est plus médicale que ne le fut celle de Galien dans le cas cité tout à l'heure, parce qu'il s'agit

de maladies fréquemment très-graves et qu'il est bon d'enrayer alors le plus tôt possible. Toutefois, je n'hésite pas à préférer, dans ces circonstances, la méthode analytique. Les phlegmasies sont nombreuses dans lesquelles surgissent d'autres indications que celles de la saignée; il y en a même qui contre-indiquent formellement ce moyen. Soumettre toutes les phlegmasies aux saignées coup sur coup, est donc une mauvaise règle. Ce traitement apporte d'ailleurs avec lui de grands inconvénients; il enlève au sujet des forces dont celui-ci pourra avoir besoin plus tard. Il provoque l'adynamie chez les individus faibles, chez les individus nerveux; il embarrasse le travail des crises, celui de la convalescence, et expose aux rechutes. M. Lordat a dit, avec autant d'esprit que de vérité, des évacuations sanguines jugulatrices, qu'elles étaient le *knout* de la thérapeutique. Le knout, en effet, met le coupable dans l'impuissance de continuer à faire le mal, mais il laisse subsister le vice qui l'a porté à pécher.

La perturbation *métasyncritique* agit avec bien moins de rudesse; elle est même, de toutes les perturbations connues, celle qui s'accorde le mieux avec l'esprit général de la thérapeutique : insinuation plutôt que violence. Perfectionnée, elle est appelée à tenir une place importante dans le traitement des maladies. En elle réside le meilleur espoir de l'avenir en ce qui concerne les méthodes perturbatrices. Je suis convaincu, pour mon compte, que beaucoup de traitements inspirés par une autre pensée ne sont efficaces que parce qu'ils donnent lieu à une véritable métasyncrise. Pour peu que l'organisme soit disposé à sentir convenablement un agent puissamment provocateur, il se peut très-bien qu'il soit entraîné par cet agent à des actes assez différents de ceux de la maladie pour les annihiler par impossibilité de coexistence. L'opium, la belladone, etc., administrés à haute dose, sont plus que des narcotiques, ils sont des métasyncritiques agissant par intoxication.

Le mot *métasyncrise* est une expression empruntée au vocabulaire des anciens méthodistes et signifiant, d'après la doctrine de ces sectaires, l'action de rétablir dans leur situation normale les atomes déviés par la maladie. C'était là, pour les méthodistes, un moyen de régénérer le corps. M. Lordat, dans ses ouvrages et dans ses leçons, a parlé maintes fois de la métasyncrise et a insisté pour qu'on la mît à part. Il convient pourtant que la métasyncrise

diffère par le degré seulement de la perturbation, telle que celle-ci est généralement entendue. C'est une perturbation relativement légère, jugée néanmoins, d'après l'expérience, suffisante pour enrayer la maladie.

Les agents employés pour opérer la métasyncrise sont *pharmacologiques* ou bien *hygiéniques*.

Les agents fournis par la pharmacologie sont d'ordinaire énergiques; mais cette énergie est convenablement modérée par l'artifice des doses et du mode d'administration; elle est ainsi réduite à ce qui est strictement nécessaire. Aux maladies aiguës conviennent des métasyncrises aiguës. Je cite, comme exemple de ce genre, le traitement des fluxions, des phlegmasies thoraciques par le tartre stibié répété assidûment à titre de vomitif (méthode de Rivière si fort en honneur pendant longtemps à Montpellier). C'est encore de la métasyncrise que font ceux qui attaquent le croup par le même moyen, la pneumonie par le tartre stibié, par l'ipécacuanha, par la digitale pourprée, etc., à haute dose.

Les maladies chroniques réclament une métasyncrise chronique. La métasyncrise diffère alors notablement de la perturbation proprement dite, qui est toujours aiguë. Les exemples de métasyncrise chronique sont nombreux. C'est à elle qu'on a recours quand on prescrit contre un mal chronique, pour lequel on n'a pas de spécifique, des moyens actifs dits altérants : iodure de potassium, ciguë, aconit, colchique, rhus toxicodendron, arsenic, etc. Dans quelques cas très-embarrassants pour le diagnostic, la viciation constitutionnelle, fond de la maladie, est le produit d'une association intime de deux ou plusieurs affections, parmi lesquelles, le plus souvent, le principal rôle appartient à une diathèse héréditaire fortement modifiée dans sa nature par les circonstances de la conception et par les influences morbifiques que le sujet a subies. Contre ces maladies complexes, exceptionnelles, innommées, et que la nosologie n'a pu prévoir, la méthode analytique échoue souvent, et à son défaut on essaie d'opérer une transformation dynamico-organique à l'aide de l'un des puissants agents que je viens d'indiquer; on obtient parfois ainsi des guérisons inespérées.

Le remède, pour être efficace, doit agir longtemps, et pour cela on le prescrit à doses qui permettent la tolérance.

Barthez, dans ses *Éléments de la science de l'homme*, fait con-

naître une espèce de métasyncrise qui prouve sa haute sagacité pratique, et qui est remarquable en ce sens que les moyens employés ne sont pas de ceux qui ont reçu le nom de poisons, et dont on ne peut dire qu'ils ont agi par une intoxication substitutive.

En présence d'une névrose obstinée, la première pensée doit être, comme toujours, pour la méthode analytique. Quel est l'élément prédominant dans cette maladie? est-ce le spasme? est-ce l'atonie? Dans le premier cas, les calmants délayants, les tempérants, sont indiqués. Les succès qu'on obtient alors expliquent la vogue du traitement recommandé au siècle dernier par Pomme, lequel traitement se composait exclusivement des moyens que je viens de rappeler. Dans le cas, au contraire, où l'atonie est l'élément principal, ce sont les excitants, les toniques, qui procurent la guérison. Cette fois, les faits donnent raison à Whytt, l'adversaire de Pomme, et aussi exclusif que ce dernier. Mais il s'en faut de beaucoup que l'élément spasme, l'élément atonie, expliquent toutes les névroses; il faut autre chose que les toniques ou les calmants pour corriger la mobilité excessive de l'action nerveuse qui est la caractéristique des névroses. D'ailleurs, l'atonie et le spasme peuvent être mêlés en proportions tellement variables qu'on ne sait quel est de ces éléments celui qui prédomine; d'ailleurs encore, les traitements par la méthode analytique sont restés sans effet. Barthez propose alors de prescrire alternativement les calmants et les toniques, le quina par exemple puis le lait, les bains chauds puis les bains froids, et cela à plusieurs reprises et longtemps continué. Au moyen de ces impressions en sens contraire, véritable métasyncrise, on peut rompre la chaîne des mouvements morbides et contraindre le système vivant, par ces sortes d'oscillations, à rentrer dans l'ordre normal. L'hydrothérapie, si fort à la mode en ce moment, doit certainement plusieurs de ses succès à son action métasyncritique.

Tout ce qui impressionne fortement le système, tout ce qui va à l'encontre des habitudes vicieuses qu'il a contractées, mérite l'épithète de métasyncritique. A ce compte, l'hygiène prescrite d'une certaine façon peut être un moyen puissant de métasyncrise, puissant non par son énergie propre, mais par la durée, par la pénétration de l'action. C'est ce qui fait le succès de certains traitements qui consistent uniquement en ceci que le sujet passe d'un genre de vie au genre de vie opposé : exercice musculaire

succédant brusquement au repos excessif, voyages, régime alimentaire tout autre que celui auquel le sujet était accoutumé; alimentation étrange par sa monotonie et par la nature des substances qui la composent. On sait les avantages qu'on a tirés du traitement arabique contre les syphilis obstinées. Je conçois très-bien que ce qu'on appelle cures par le petit-lait, par les raisins, par l'oignon, etc., réussisse dans certaines maladies que l'on n'est pas malheureusement parvenu à déterminer d'une manière assez précise. Les faits de guérison obtenus à l'aide de ces moyens sont déjà nombreux; mais ces faits ne sont pas encore assez étudiés dans leurs parties essentielles pour qu'on sache au juste les cas spéciaux qui indiquent un traitement de ce genre. Les stations thermales, personne ne l'ignore, doivent une grande partie de leurs succès aux influences hygiéniques inaccoutumées auxquelles les malades sont soumis.

Dans les cas si nombreux où les maladies chroniques résistent aux traitements, tout, excepté ce qui est formellement contre-indiqué, peut susciter la nature vivante à sortir de sa voie pour en prendre une meilleure. Les chances de réussite ne sont pas nombreuses; mais, tant que les forces sont bonnes, on doit espérer.

Distinguons l'hygiène métasyncritique de celle qui agit autrement : ainsi, l'alimentation substantielle qu'on adresse, chez un scrofuleux, à l'élément atonie, la diète lactée prescrite à un hydropique pour faciliter l'absorption des liquides épanchés ou infiltrés, etc., font partie de la méthode analytique. L'hygiène employée par la méthode naturelle ne peut être l'objet d'aucune confusion.

Je reconnais la difficulté, dans quelques cas, de savoir si le moyen mis en usage s'est comporté comme métasyncritique ou comme antagoniste d'un élément morbide. Il se peut, par exemple, que l'hydrothérapie, qui a, pense-t-on, guéri tel malade par perturbation, ait, en réalité, agi en remédiant à l'atonie. Plusieurs médecins considèrent comme antiphlogistiques directs et non comme métasyncritiques, le tartre stibié, l'ipécacuanha, à haute dose, prescrits contre une pneumonie. Qu'importent ces discussions quand la médication a réussi; l'essentiel est de suivre la bonne règle pratique pour le choix et l'administration de l'agent thérapeutique. L'explication certaine manquant, il faut savoir s'en passer. Nous en sommes trop souvent réduits là, pour que la chose doive étonner.

La métasyncrise est *locale* lorsqu'elle a pour but l'élimination d'une maladie locale, ou bien lorsqu'elle s'adresse à un acte morbide menaçant, produit d'une affection : phlegmasie d'une muqueuse traitée par des applications cathérétiques, cautérisation d'un chancre syphilitique, etc., etc. Ce genre de métasyncrise exige l'emploi d'agents énergiques, exerçant exclusivement leur action sur la partie malade. C'est pourquoi l'hygiène n'entre dans ce traitement qu'à titre d'auxiliaire.

Au-dessus de la métasyncrise, nous avons la *perturbation* proprement dite. La perturbation est une métasyncrise plus forte, et ne peut servir que pour les cas aigus. C'est une vraie perturbation que l'on opère lorsque, pendant les prodromes ou peu de temps après l'invasion, on veut arrêter une maladie redoutable (infectieuse, contagieuse) : émétiques, sudorifiques, employés coup sur coup contre un typhus ; opium à haute dose, saturation mercurielle contre la péritonite, etc. Dans les pays où la fièvre jaune règne habituellement, l'usage s'est introduit de prendre des bains de vapeurs prolongés ou réitérés dès qu'on en ressent les premiers symptômes. Les pratiques violentes et désespérées auxquelles on a recours contre l'infection purulente, la rage, le choléra, etc., sont des perturbations dont le succès est malheureusement rare. Dans ces cas, l'extrême danger du malade justifie tout.

Le hasard des circonstances a parfois amené des perturbations utiles aux malades. Tel est le cas d'un paralytique jugé incurable, et qui a guéri à la suite de l'émotion produite par un violent coup de tonnerre. Ce n'est pas, il s'en faut, le seul exemple de maladie dissipée par une forte émotion morale.

Si la métasyncrise n'est de mise qu'à défaut des autres méthodes, à plus forte raison en est-il ainsi de la perturbation. Celle-ci émeut fortement l'ensemble du système. En l'employant, on joue quitte ou double, et elle n'est justifiée que par la nécessité. Un vrai praticien ne s'en sert qu'après mûre réflexion. Les charlatans, qui peuvent obtenir réellement des guérisons parce qu'ils se servent d'agents énergiques, ne réussissent que par la perturbation; mais combien de revers irréparables à côté de leurs rares succès !

---

§ II. Méthodes empiriques imitatives.

« Les méthodes empiriques imitatives tendent à déterminer la nature du malade à des mouvements de fièvre ou autres, conformes à ceux par lesquels la nature humaine guérit souvent des maladies semblables [1]. »

Barthez se borne à ce peu de mots; des explications sont nécessaires.

Il faut d'abord bien fixer le sens du mot *déterminer*. Si le praticien détermine des mouvements qui sont dans le sens des mouvements naturels, s'il facilite, s'il complète ces derniers, c'est la méthode naturelle.

Si, au contraire, la nature étant inerte ou engagée dans une mauvaise voie, on détermine, par contrainte, des mouvements auxquels elle n'est nullement disposée, et surtout si ces mouvements sont déterminés en sens opposé, alors seulement c'est la méthode imitative.

La différence de ces conduites saute aux yeux. La première est aisée et réussit presque toujours. La seconde est d'une application difficile, et dans beaucoup de cas son succès est loin d'être assuré. Il faut que le moyen imitateur soit, par sa puissance et par son appropriation, capable de changer les conditions défectueuses du sujet en celles qui permettront la guérison. Cette transformation rencontre de grands obstacles dans les maladies consistant en une viciation de l'ensemble. Les exemples que la méthode imitative copie sont des cas exceptionnels où, grâce à des circonstances fortuites et souvent inconnues, la nature a pu guérir des maladies que très-habituellement elle ne guérit pas, quand elle est abandonnée à elle-même.

Par conséquent, Barthez ne paraît pas exact quand il affirme sans restriction que la méthode imitative détermine la nature à des mouvements de fièvre ou autres, conformes à ceux par lesquels elle guérit *souvent* des maladies semblables. La vérité est qu'il y a des cas dans lesquels les mouvements provoqués à l'aide de la méthode imitative sont ceux que la nature emploie non-seulement souvent mais toujours : tels sont ceux où nous déterminons par

[1] Barthez, *loc. cit.*, tom. I. préface, pag. XVI.

violence l'éruption d'une fièvre exanthématique, éruption si nécessaire à la bonne évolution de la maladie. Des urines, des évacuations alvines abondantes, sont d'une nécessité moins étroite pour la guérison d'une hydropisie. Toutefois, les exemples que la nature nous a donnés en ce genre sont nombreux. Mais le chiffre des modèles à imiter, cela est clair, diminue beaucoup en ce qui concerne les maladies incurables par elles-mêmes dans la majorité des cas. Les épilepsies spontanément guéries par la survenance d'accès de fièvre périodique sont bien rares. Ils ont suffi néanmoins pour décider certains praticiens à imiter ce procédé curatif, et quelques-uns s'en sont bien trouvés. Il va sans dire que, plus les exemples de guérison spontanée se multiplient, plus on a de chances de réussir.

La fièvre, des évacuations, des suppurations, des hémorrhagies, etc., artificiellement provoquées et choisies en imitation de ce que la nature a pu faire de bien dans des cas analogues, ne sont pas les seuls mouvements morbides, comme Barthez semble le dire, que la méthode imitative puisse employer. Barthez ne pensait qu'aux maladies dites médicinales, et dans ces limites il a raison. Je dois suppléer à son silence et parler de la méthode *imitative chirurgicale*.

On se rappelle que les agents chirurgicaux font partie de la méthode naturelle *agissante*, lorsqu'il s'agit d'une action physico-chimique à laquelle la nature est disposée, mais qu'elle exécute moins bien que les appareils et les instruments utilisés par l'homme de l'art. Je parle des maladies où la chose souhaitable est de celles sur lesquelles on ne peut raisonnablement compter, soit parce que la nature est en l'état incapable, soit surtout parce qu'elle est engagée dans des mouvements opposés. Les cas où une révolution spontanée a fourni un pareil événement sont très-rares, et ce sont ces cas que l'on imite artificiellement.

Il serait aisé de prouver, les faits en main, que toutes les opérations chirurgicales sont une imitation de la nature. La nature, avant l'art, a oblitéré une artère anévrysmale, absorbé ou expulsé un cristallin cataracté, s'est débarrassée d'une tumeur, d'une partie et même de la totalité d'un membre atteint d'une maladie exigeant l'amputation, etc., etc. ; tout cela appartient incontestablement à la méthode imitative, lorsque le chirurgien l'exécute au moment où il n'y a aucune tendance naturelle vers ce côté.

La méthode imitative chirurgicale a presque toujours, sur la méthode imitative médicinale, l'avantage d'opérer avec plus de certitude et en moins de temps. Mais à ces avantages sont mêlés des inconvénients que je ferai connaître au moment où je traiterai des agents thérapeutiques.

La méthode imitative a pour but tantôt la guérison de la maladie entière, tantôt sa palliation, tantôt sa prophylaxie. Une hydropisie, une affection spasmodique traitées par une fièvre artificiellement provoquée, un kyste traité par une injection irritante, etc., sont des exemples du premier cas. L'extirpation d'une tumeur cancéreuse laissant le malade sous le coup de l'affection du même nom, est un exemple du second. La cautérisation d'un venin, d'un virus récemment inoculés, est un exemple du troisième.

La méthode imitative doit figurer parmi les méthodes empiriques. Nous avons vu qu'elle n'était pas la méthode naturelle. Elle se distingue de la méthode analytique parce qu'elle ne divise pas ce qu'elle attaque, mais le combat en bloc ; enfin, la nature ayant donné les premiers modèles qu'elle s'efforce de copier, on peut les considérer comme ayant été suggérés primitivement par l'observation empirique.

Bien que, dans certains cas, la méthode imitative implique une véritable perturbation, dans beaucoup d'autres il n'y a rien de ce genre. La méthode imitative a d'ailleurs un but plus défini et est plus rationnelle. Dans les méthodes justement appelées par Barthez *vaguement* perturbatrices, il entre moins de raisonnement, et souvent il suffit de frapper fort pour tomber juste. Aussi la méthode imitative, quand elle est possible, doit-elle être préférée.

Nous allons voir que la méthode spécifique mérite également d'être placée tout à fait à part.

§ III. **Méthodes empiriques spécifiques.**

Le signalement de ces méthodes donné par Barthez laisse beaucoup à désirer :

« Les méthodes empiriques spécifiques sont celles où l'on emploie dans les maladies des remèdes ou des procédés dont l'expérience a fait connaître et confirmé l'utilité spécifique pour détruire ces maladies[1]. »

[1] Barthez, *loc. cit.*, tom. I, préface, pag. XVII.

Cela revient à dire : Les méthodes spécifiques sont celles qui emploient des moyens spécifiques ; et comme Barthez ne s'explique pas sur la spécificité, il en résulte que le lecteur étranger à cette dernière notion n'est pas plus avancé qu'auparavant.

Malheureusement l'obscurité redouble dans les phrases qui suivent :

« L'usage de ces spécifiques tend alors à produire un changement total de l'état morbifique, en déterminant la nature à des mouvements salutaires qu'elle n'aurait jamais conçus spontanément. »

Effaçons le mot *spécifique*, dont le sens est inconnu, et qui par conséquent n'apprend rien, et ces explications s'appliquent à toutes les méthodes empiriques. La dernière phrase ne caractérise pas davantage les méthodes spécifiques :

« L'esprit de ces méthodes est toujours de diriger et de modifier l'emploi des remèdes spécifiques d'après les vues que donne la considération des procédés que la nature ou l'art ont suivis pour guérir des maladies analogues. »

Il est impossible de comprendre la méthode spécifique, si l'on ignore ce qu'est l'agent thérapeutique de ce nom. Cela est d'autant plus nécessaire que la méthode spécifique existe uniquement parce qu'elle emploie certains remèdes d'une nature particulière. Toutes les autres méthodes peuvent puiser dans le domaine commun de la matière médicale. La méthode spécifique seule est réduite à tel ordre de moyens qu'il faut connaître.

Ces moyens ont été appelés spécifiques, parce qu'ils rappellent une particularité de la nature des causes morbifiques et des maladies qui portent la même épithète.

Spécificité[1] implique la présence de qualités inexplicables et néanmoins fortement accentuées. La chose spécifique, en pathologie, n'est pas un être *espèce*, mais elle reproduit le moins mal les traits de cet être. Comme l'espèce, elle se sépare si nettement des choses même les plus voisines, qu'il faut lui accorder une nature à part, irréductible à aucune autre. Telles sont les maladies spécifiques.

Existe-t-il des agents thérapeutiques offrant le même mystère, la même personnalité que ces maladies, que ces causes spécifiques,

[1] Voir le chapitre de la *Spécificité*.

et ressemblant à ces dernières par la puissance de l'action? S'ils existent en effet, il faudra les ranger dans un groupe distinct sous l'étiquette : spécifiques.

Le virus vaccin donnant l'immunité de la variole, le mercure guérissant la syphilis, et le quinquina la fièvre d'accès, remplissent les conditions que je viens d'énumérer, et sont par conséquent des spécifiques. Quoi qu'en disent certains auteurs, le mode de production de leur effet thérapeutique est un mystère. Leur qualité d'agent empirique ne permet pas de les confondre avec ceux que les méthodes naturelle et analytique emploient. Aucun symptôme appréciable ne révèle ni perturbation, ni maladie antagoniste expérimentalement constatée. Les substances dont je parle agissent dans un parfait silence de l'économie. A en croire les apparences, elles ne modifient rien, et cependant l'événement prouve qu'elles ont provoqué dans l'organisme une révolution profonde. Voilà certes des moyens thérapeutiques marqués au cachet d'une originalité singulière. Jusqu'à plus ample informé, mettons-les à part, ainsi que la méthode qui les utilise. Les intérêts de la pratique l'exigent impérieusement.

Les spécifiques ont été révélés par le hasard de l'expérimentation, ou, ce qui est encore le hasard, en poursuivant une idée fausse. Rien en eux ne faisait prévoir l'appropriation exacte à laquelle ils doivent leur vertu curative, appropriation telle que lorsque la maladie est simple et n'a pas encore amené des désordres irrémédiables, le succès est à peu près certain ; admirable puissance contrastant avec notre complète ignorance du processus médicateur. On le voit, la méthode spécifique est, de toutes, la plus empirique.

Un agent spécifique se recommande par d'autres caractères. Il a des propriétés ostensibles par lesquelles il rentre dans la loi commune, et qu'on utilise dans le traitement d'autres maladies, d'après d'autres méthodes. Mais ces propriétés n'expliquent pas la vertu spécifique, et si l'on veut utiliser celle-ci, il faut suivre des règles différentes. Le quinquina, prescrit comme tonique, comme astringent, a une action intelligible qu'on emploie contre plusieurs maladies ; donné comme fébrifuge, il ne convient qu'à une seule, et l'explication de cette convenance exclusive est vainement poursuivie. Il semble qu'il y a là deux médicaments étrangers l'un à l'autre et réunis en un seul.

L'hygiène, la chirurgie, peuvent-elles fournir des spécifiques? Non certes pour la chirurgie, qui sait toujours le pourquoi et le comment de ce qu'elle fait. Dans la plupart des cas, l'action hygiénique est connue, et là où le rapport entre elle et l'effet médicateur est encore une question litigieuse, il est probable que cette action est plutôt antagoniste d'un élément étiologique que d'un élément morbide. Je crois, pour mon compte, que l'alimentation dite antiscorbutique agit en éliminant une cause provocatrice très-influente et non en attaquant directement le scorbut lui-même.

Je ne m'avance pas trop en disant que la pharmacologie seule a le privilége de fournir des remèdes incontestablement spécifiques. Ces agents, quels sont-ils? Aux conditions exigées, puissance et mystère, il doit y en avoir bien peu. Après la vaccine, le mercure, le quinquina, dont la spécificité est généralement acceptée, la spécificité des autres médicaments qu'on a inscrits sur la liste est contestée par beaucoup de médecins. Ce n'est pas le mystère qui fait défaut; si l'on était autorisé à admettre que tout moyen qui guérit sans qu'on sache comment, a agi comme un spécifique, nous serions encombrés de substances de ce nom. Mais il faut une efficacité hors ligne. Les circonstances aidant, nous ne sommes que trop portés à exalter ainsi celle du médicament que nous patronnons. Combien faut-il de guérisons pour faire un spécifique? Selon moi, les succès, pour si nombreux qu'ils soient obtenus par tels praticiens, sont loin de suffire. Il est nécessaire que l'expérience de tout le monde, de tous les temps, de tous les lieux, se soit prononcée; que la valeur exceptionnelle de l'agent soit d'une notoriété telle qu'on ne peut la contredire, qu'elle est devenue proverbiale. A ce compte, il y a beaucoup à objecter contre la spécificité de l'or, de l'iodure de potassium, eu égard à la syphilis; des mêmes substances eu égard à la scrofule; du soufre eu égard aux dartres, etc. Dans les livres, dans les journaux surtout, on abuse étrangement du mot: spécifique; combien de médicaments qui n'ont des spécifiques que le nom! combien de substances énergiques auxquelles on accorde la spécificité, qui ne sont que des métasyncritiques, et par conséquent d'une efficacité possible, tout au plus probable! On le voit, le domaine de la méthode spécifique est très-restreint. On peut justement espérer qu'un jour viendra où le mystère sera découvert, où nous saurons le mécanisme de l'action curative du quinquina, du mercure, aussi bien que celui de l'action de l'émétique contre

l'embarras gastrique, etc. Ce progrès accompli, et on doit le souhaiter pour l'honneur de la science, la méthode spécifique n'aura plus de raison d'être ; elle ne sera plus qu'un souvenir.

L'agent spécifique est adressé nécessairement à un élément affection. A mes yeux, une maladie entièrement locale ne peut être spécifique. Par le fait seul qu'elle est locale, l'acte morbide grandit en importance : or, tout acte morbide implique un mécanisme accessible à l'intelligence. La maladie locale livre donc une partie de son secret, et le lien qui l'unit à son remède est appréciable au moins dans une certaine mesure. Soit une blennorrhagie : certainement tout n'y est pas connu, mais nous savons que c'est une fluxion plus ou moins phlegmasique, nous affirmons que les agents qui la guérissent procèdent par métasyncrise, par épispase, etc., ou par toute autre action capable de modifier la sécrétion morbide de l'urètre. Cela suffit pour nous interdire de confondre le copahu, le cubèbe, avec les spécifiques.

Je ne nie pas l'action spécifique locale, mais je prétends qu'elle est consécutive à l'action exercée sur l'ensemble. Le mercure, par exemple, en tant que spécifique, n'atteint le chancre, l'exostose, etc., que parce qu'il a préalablement modifié l'affection syphilitique. La spécificité de l'agent entraîne la spécificité de la maladie. Pour que le mystère soit complet, il doit se trouver des deux côtés, sans quoi la lumière qui éclaire l'un se projette sur l'autre. Il est très-commun, et l'on ne doit pas se lasser de protester, d'entendre appeler spécifique un remède recommandé contre une maladie susceptible de prendre des natures diverses (dysenterie, pneumonie, etc.), contre une maladie composée (grippe, chlorose, etc.). Le fer, quoi qu'on en dise, n'est pas le spécifique de la chlorose, il ne l'est pas même de l'anémie, qui avec l'élément nerveux constitue cette maladie. Que penser des homœopathes qui ne voient dans les maladies que des collections de symptômes et qui ont un spécifique pour chacune de ces collections !

Je ne connais qu'un spécifique prophylactique avéré : c'est la vaccine. On pourrait cependant considérer comme un spécifique de ce genre les maladies qui n'apparaissent qu'une fois pendant la vie. La variole serait donc un spécifique prophylactique contre une seconde variole.

Il est des maladies spécifiques pour lesquelles nous n'avons pas de remèdes de ce nom, et qui guérissent pourtant très-bien.

Ce sont celles qui vont d'elles-mêmes vers la guérison (fièvres exanthématiques). Tout le monde sait qu'elles sont traitées par la méthode naturelle. Ces maladies peuvent être compliquées; pendant leur évolution, tels de leurs phénomènes non nécessaires et excessifs exigent une prompte et complète répression; ces circonstances motivent, selon les cas, l'intervention des autres méthodes : analytique, perturbatrice, imitative.

D'après cela, nous ne sommes pas tout à fait désarmés, il s'en faut, quand nous n'avons pas de spécifiques à notre disposition. Notre pouvoir toutefois se réduit presqu'à rien à l'égard des maladies spécifiques qui sont prochainement mortelles (rage, morve). Ces particularités ont été expliquées aux chapitres de la spécificité, de l'incurabilité. J'aurai d'ailleurs l'occasion d'y revenir.

Enfin, la maladie spécifique peut constituer elle-même le fond principal de la maladie, ou bien n'être qu'une complication. Alors le spécifique remplit des indications différentes.

Je puis donc répéter pour la méthode spécifique ce que j'ai dit des autres, à savoir : qu'elle est rarement la seule employée et qu'elle s'associe aux autres pour former un traitement. La cure d'une syphilis, d'une fièvre d'accès, exige d'ordinaire l'emploi d'autres agents que le mercure, le quinquina.

Un spécifique s'associe très-bien avec un agent non spécifique, quand il y a simultanément deux indications ; il acquiert ainsi plus d'efficacité. Une fièvre d'accès, par exemple, peut exister avec l'atonie, avec l'éréthisme nerveux, etc.; on associera alors avantageusement le fébrifuge avec les toniques, avec les calmants. Telle préparation de quinquina, soit le quinquina gris en substance, est à la fois tonique, fébrifuge, et convient particulièrement quand il y a asthénie.

Le spécifique ne déploie toute son efficacité qu'à la condition d'être toléré. Moins il paraît senti, ai-je dit plus haut, plus il est puissant contre la maladie. Une condition de succès est donc la neutralisation de celles de ses propriétés qui, dans un cas donné, seraient hostiles. On y parvient par l'artifice des correctifs, des doses, du mode d'administration.

L'action antagoniste des vrais spécifiques est assez assurée, assez significative, pour que de leur succès on puisse conclure à la présence de la maladie dont ils sont le remède. Aussi servent-ils puissamment au diagnostic. Une syphilis, une fièvre d'accès dou-

teuses, deviennent certaines quand la maladie s'amende sous l'influence de leur spécifique. Il ne faudrait pourtant pas croire que l'emploi de ce spécifique est toujours et absolument nécessaire. Certaines syphilis, même constitutionnelles, guérissent sans mercure; certaines fièvres d'accès guérissent sans quinquina.

Ne confondons pas les spécifiques d'affection avec les spécifiques d'organe. L'action de ceux-ci est locale et connue. Ce qui les caractérise, c'est la propriété qu'ils ont d'atteindre spécialement tel organe, quel que soit le lieu d'application (tartre stibié pour l'estomac, mercure pour les glandes salivaires, cantharides pour la vessie, etc.).

ARTICLE IV. — APPRÉCIATION GÉNÉRALE DES MÉTHODES DE BARTHEZ.

Ces méthodes sont acceptées à Montpellier par l'immense majorité. C'est d'après elles que dans la plupart des thèses, des livres, est exposée la partie thérapeutique de tous les sujets de pathologie. Au lit du malade, nous en discutons la possibilité, l'opportunité, avant de faire le choix du genre de traitement. Elles sont, sans contredit, ce qu'il y a de mieux. Je n'en connais pas qui embrassent autant de faits et qui puissent aussi bien servir à leur classement.

Le point de départ est l'indication vraie, l'indication suggérée par l'observation, et non une conception imaginée, hypothétique, de la maladie. L'expérience, en effet, nous apprend que telles maladies tendent spontanément vers la guérison, et que pour elles le meilleur plan thérapeutique est celui qui est suggéré par la nature elle-même. D'autres maladies, au contraire, sont mal engagées, et il faut les combattre. Deux manières d'attaque sont possibles: on procède par division, ou en bloc. Ce sont là les idées mères des méthodes naturelle, analytique, empirique. Ainsi comprises, seules ou associées, on les retrouve dans un traitement quelconque, car tout s'y réduit à respecter, à améliorer ce qui est bon en soi, à poursuivre les tendances funestes par des antagonismes partiels dirigés contre les éléments qui composent la maladie, ou par un antagonisme d'ensemble.

J'en conviens maintenant, sauf le mot méthode naturelle, qui me paraît de tout point irréprochable, les autres peuvent être justement critiqués. Le mot méthode analytique, déjà employé

dans un sens autrement général pour une opération mentale partout nécessaire, dit plus qu'il ne faut et n'exprime pas la particularité caractéristique qui est d'attaquer le fait morbide dans un ou plusieurs de ses éléments constitutifs. J'aurais, pour mon compte, préféré dire méthode *élémentaire*.

Le mot méthode empirique fait penser que tous les moyens que cette méthode emploie sont empiriques, c'est-à-dire non rationnels. C'est là un mode de distinction fort insuffisant, attendu qu'il y a partout, en thérapeutique, plus ou moins d'empirisme et de rationalisme. Entre les cas extrêmes, l'appréciation de ce qui domine est embarrassante. Nous avons vu que la méthode spécifique est la seule qui justifie complètement son titre d'empirique. La perturbatrice et l'imitatrice seraient-elles rangées parmi les méthodes rationnelles, que je trouverais ce parti très-soutenable. On croit généralement, même à Montpellier, que Barthez a pris le mot *empirique* à la lettre; de là, le reproche de manquer d'unité que j'ai entendu faire à sa classification, dans laquelle, en effet, la présence, comme division principale, d'une méthode vraiment empirique, aurait dû exiger celle d'une méthode rationnelle. Barthez, je le reconnais, semble parfois se placer à ce point de vue; il n'en est rien cependant pour celui qui sait dérober sa pensée d'ensemble. Le trait prédominant de la méthode nommée par lui empirique est « qu'on s'y attache directement à changer la forme entière de la maladie ». Cette méthode ainsi définie se sert aussi bien des agents rationnels que des agents empiriques. Beaucoup de traitements chirurgicaux, et par conséquent rationnels, y rentrent incontestablement. Il est vrai que Barthez n'a voulu parler que des traitements médicinaux. Aujourd'hui une pareille élimination n'est pas possible, et la chirurgie, comme l'hygiène, comme la pharmacologie, doit avoir sa place dans les méthodes thérapeutiques. La chirurgie effectivement est un auxiliaire de la méthode naturelle lorsqu'elle favorise l'exécution régulière des mouvements spontanés médicateurs; elle sert à la méthode analytique lorsqu'elle débarrasse une maladie d'une complication, d'un acte morbide nuisible ; elle agit enfin d'après la méthode empirique lorsque, par l'amputation, par l'extirpation, elle enlève la totalité d'une maladie.

On le voit, la pensée de Barthez doit être corrigée et agrandie pour en arriver à comprendre tous les faits thérapeutiques.

Enfin, et je termine par là, il ne faudrait pas exiger de Barthez plus qu'il n'a prétendu donner. Jamais il n'a voulu que ses méthodes pussent tenir lieu de tout. Ses méthodes ne sont qu'un fragment de thérapeutique générale. Il y a au-dessus et au-dessous d'elles beaucoup de choses importantes dont Barthez n'avait pas à parler. Elles se rattachent aux premiers principes de la thérapeutique, et je dois montrer cette filiation. Elles sont le point de départ des traitements considérés selon la spécialité de leur but prophylactique, curatif, palliatif, et selon le genre de maladie dont il s'agit (affection, réaction, subaction, etc.). Tout cela constitue autant d'études thérapeutiques sur lesquelles j'ai à m'arrêter avant d'aborder les questions dernières qui se rapportent aux agents et à leur mode d'action.

SECTION TROISIÈME.

LE PROBLÈME THÉRAPEUTIQUE.

CHAPITRE PREMIER.

EN QUOI CONSISTE LE PROBLÈME THÉRAPEUTIQUE ?

Pour rattacher les méthodes aux principes déjà émis, je dois dire en quoi consiste essentiellement le problème thérapeutique.

Pour qu'une maladie guérisse, il faut qu'elle suive en sens inverse le chemin qu'elle a parcouru. Le problème thérapeutique n'est donc que le problème pathogénique retourné.

Le but qu'on se propose dans le problème pathogénique est de pénétrer le mécanisme de la formation de la maladie. Pour cela, on a à répondre aux questions suivantes : sous quelles influences morbifiques la maladie est-elle née? qu'a apporté en ce genre le corps vivant lui-même ? qu'ont apporté les causes du dehors ? quelle direction nouvelle l'action vitale a-t-elle prise ou a-t-elle subie en vertu de ces influences ? quelles sont les lésions d'organe auxquelles cette action déviée a donné lieu ? quels symptômes ces lésions ont-elles produits de leur côté? quels changements ces lésions, ces symptômes, devenus causes à leur tour, ont-ils introduits dans la maladie ? En résumé, le problème pathogénique consiste à pénétrer la raison d'être de l'état morbide, de ses manifestations, des accidents survenus, et à saisir l'enchaînement de cette série d'événements liés entre eux par des rapports de causalité.

Que se propose-t-on dans le problème thérapeutique ? On s'efforce d'obtenir la cessation du mode d'activité qui a amené la série d'effets dont je viens de parler, et de savoir la raison d'être de cette cessation. En quoi les conditions où se trouve le corps vivant peuvent-elles y contribuer ? de quel secours extérieur a-t-il besoin ? Le corps vivant arrive à la guérison en défaisant ce qu'il a fait, en suivant le même chemin, je le répète, mais en

sens inverse. Si notre œil était assez subtil pour tout voir, il constaterait une chose analogue à ce qui se passe quand on dénoue un nœud : le fil doit suivre les détours qu'il a parcourus. Le *dénoûment* peut s'opérer vite ou lentement à l'aide de procédés et de moyens différents. N'oublions pas toutefois que l'auteur de ce dénoûment n'est pas le médecin, que c'est la nature vivante agissant seule ou secourue.

Je l'ai dit en parlant de la marche des maladies : toute maladie commence par une période de déviation nécessitant, pour guérir, une période de restauration. Dans beaucoup de cas le corps est virtuellement en mesure, dès les premiers moments, de réparer le mal une fois produit, et c'est ce mal qui apporte en lui-même l'annihilation de sa cause. Dans d'autres cas, le corps vivant doit changer la direction de ses mouvements. Nous le poussons, par insinuation et au besoin par contrainte, à celle qui convient. Il peut pourtant réaliser cette révolution spontanément et sans secours.

Il suit de ce qui précède que les méthodes analytique, perturbatrice, sont des méthodes dont l'objet est d'enlever les obstacles qui s'opposent à l'application de la méthode naturelle. L'ensemble des procédés thérapeutiques serait donc réductible à la méthode naturelle.

On s'assure alors de l'exactitude de la règle thérapeutique ancienne, présentée comme contenant toutes les autres : favoriser ce qui est selon la nature, *secundum naturam* ; combattre ce qui est contre-nature, *præter naturam*.

Il faut savoir, pour comprendre la justesse de ce précepte, que la nature était, aux yeux de l'antiquité, l'action conservatrice et médicatrice par excellence, qu'elle représentait tout ce qui contribue à la durée de la vie, au maintien ou au retour des opérations organiques troublées par la maladie. En conséquence, les actes d'une maladie évoluant bien, dans le sens de la guérison, étaient seuls *secundum naturam*. De là, la nécessité d'éliminer les autres. La médecine grecque s'efforçait d'obtenir cette élimination en fortifiant ce qui, dans la maladie, est *secundum naturam*, afin de le rendre prédominant et de provoquer ainsi, par une espèce de contagion salutaire, la transformation de ce qui est *præter naturam*. On explique ainsi pourquoi les anciens accordaient tant d'importance aux indications tirées de l'état des forces. Ces indications étaient appelées *vitales*. En les remplissant avec succès,

on pouvait conserver la vie, sinon guérir la maladie. Vallesius, organe autorisé de l'École hippocratique, disait en ce sens: *Medico duplex est propositus finis : servare facultatem* (la vie) *et tollere morbum. Servare facultatem* est la première fin de la thérapeutique; *tollere morbum* ne vient qu'après, et cette seconde fin n'est pas possible quand la maladie est incurable. Il y a toujours lieu, en effet, d'augmenter la résistance vitale, de conserver, d'améliorer les forces; c'est le meilleur moyen de préparer, d'assurer l'exercice de la faculté que possède l'organisme de se guérir et, à défaut de guérison, de se conserver.

En faisant ainsi, les anciens restaient fidèles à leur principe naturiste. Une pareille conduite, en effet, est l'application d'une espèce de méthode naturelle.

Depuis, l'étude plus approfondie des maladies permettant la connaissance de leurs éléments, et les progrès de la matière médicale, ont agrandi la puissance thérapeutique à laquelle étaient réduits les anciens contre les mouvements *præter naturam,* en y ajoutant les ressources fournies par les méthodes analytique et perturbatrice.

Mais il reste toujours vrai que la méthode naturelle est la première, la plus générale, celle de qui les autres procèdent. Elle peut même être considérée comme la seule, puisque l'analytique et l'empirique n'en sont que les auxiliaires. Le but du médecin, quand il les emploie, n'est-il pas effectivement de ramener la maladie aux conditions qui permettent l'application de la méthode naturelle?

Après avoir ainsi rattaché la méthode naturelle à son principe et avoir montré les rapports de filiation des autres par rapport à elle, je vais utiliser les notions qui précèdent pour énoncer les règles des principaux traitements. Étudions d'abord ces traitements selon le but spécial qu'ils se proposent.

ARTICLE PREMIER. — TRAITEMENT PROPHYLACTIQUE.

Les traitements *prophylactiques* (*προφυλάσσω,* je garantis) comprennent l'art de prévenir les maladies. Maintenir le corps en santé est faire de la *prophylaxie,* mais cela ne suffit pas pour donner une idée juste de cette dernière. La prophylaxie n'est pas simplement la conservation de ce qui est; elle a souvent pour but

la cessation d'une situation qui, bien que n'étant pas encore morbide, n'en est pas moins fâcheuse. La prophylaxie, dans plusieurs circonstances, provoque une véritable maladie pour arriver à ses fins. La prophylaxie, enfin, peut s'exercer sur un sujet malade. Ne la confondons pas avec cette partie de l'hygiène dont la fonction est de conserver et de perfectionner le corps bien portant. La prophylaxie dépasse ces limites, et est étroitement liée à la pathologie.

La prophylaxie rentre dans la partie de la thérapeutique qui s'adresse aux *éléments étiologiques*. Soustraire le malade aux influences funestes est une indication toujours présente. La satisfaction de cette indication suffit souvent à la cure, et toujours elle en facilite le succès. La prophylaxie est la thérapeutique étiologique mise en œuvre pour empêcher la cause d'agir et, si cette cause a déjà agi, pour arrêter la série des mouvements morbifiques qui, selon des probabilités plus ou moins grandes, aboutiront à la maladie. Dans ce dernier cas, le sujet ne peut pas être considéré comme bien portant, puisqu'il s'opère en lui un travail destiné à provoquer un semblable résultat.

Au premier abord, il semble que la prophylaxie est chose aisée. Cela est vrai uniquement pour quelques faits particuliers. Une foule d'obstacles bornent en réalité notre puissance; voici les principaux :

Il s'en faut que l'étiologie de toutes les maladies soit connue.

Plusieurs causes morbifiques s'exercent dans des lieux qui nous sont inaccessibles, et nous sommes obligés de les subir.

D'autres se forment dans notre corps et sont le produit d'une conduite défectueuse au point de vue de l'hygiène, et l'on sait combien nos passions, la pauvreté, l'ignorance et souvent les exigences d'un devoir à remplir, s'opposent à ce que nous fassions le nécessaire pour conserver la santé. Ce n'est pas seulement celui qui a commis la faute qui en porte la peine ; il transmet celle-ci à ses descendants. En passant ainsi à travers les générations, le mal s'accroît fréquemment et prend un caractère d'obstination plus prononcé.

Le médecin n'est appelé d'ordinaire que lorsque la maladie est décidément établie. Avant ce moment, ou bien on ne se doute de rien, ou bien l'on reste insouciant et l'on se confie à sa bonne étoile.

Telles sont les entraves qui limitent la puissance de la thérapeutique prophylactique. Pourrons-nous jamais les faire disparaître toutes? cela est au moins douteux. Mais assurément plusieurs sont en ce moment à notre portée, en théorie du moins, sinon en pratique. Le lecteur va en juger.

Les bienfaits de l'hygiène ne sont pour personne l'objet d'un doute; la raison et l'expérience sont unanimes sur ce point. Aujourd'hui surtout, un mouvement très-louable entraîne les esprits vers l'hygiène, que l'on veut vulgariser par l'enseignement, en même temps qu'on s'efforce de fournir aux classes pauvres les moyens d'en appliquer les règles.

Un enseignement pareil, sur d'aussi vastes proportions et nécessitant, pour être utilisé, un triomphe complet sur la misère, est un idéal sans doute, mais un idéal dont on doit se rapprocher autant que possible. Il est bon de répandre partout la semence de l'hygiène, elle germera et portera des fruits là où elle rencontrera un terrain propice. Mais enfin, pour obtenir ce bien dans une mesure satisfaisante, un long temps, un dévouement obstiné sont nécessaires, car il faut agir sur des milliers de volontés individuelles, les convaincre et les décider, malgré leurs répugnances, à l'accomplissement de ce qui est prescrit. Aura-t-on jamais le personnel immense que nécessite un tel labeur pris au sérieux? Cela n'est guère probable; toutefois, je le repète, on n'en exécute qu'une partie, la partie possible, en attendant mieux.

Heureusement, la tâche de la prophylaxie peut être abordée dans plusieurs directions. A côté de l'hygiène *privée*, il y a une hygiène dite *publique*, qui se charge d'écarter les causes morbifiques agissant sur les populations. Il y a là certainement à réaliser un bien tout à la fois plus grand, plus assuré et plus prompt.

Il est utile que les gouvernements fassent appel au dévouement du corps professoral pour améliorer l'hygiène de la famille. Les choses n'en iraient que mieux encore s'ils se montraient plus empressés qu'ils ne le sont du côté des grands travaux que, dans beaucoup de localités, la santé publique exige depuis longtemps. Je ne citerai qu'un fait, mais il est frappant: combien encore de marais souillent notre sol, répandant autour de nous la maladie et la mort! Tout le monde sait les moyens de les anéantir, et l'on reste dans l'inertie. Il est triste d'entendre dire qu'il y a des soins plus pressants à remplir, un meilleur emploi à donner à la

fortune publique. Espérons qu'il viendra un temps où la France sera assez riche pour se payer, non-seulement sa gloire, mais encore sa santé.

Supposons, et nous en sommes malheureusement bien loin, supposons toutes ces améliorations accomplies. La terre française est partout convenablement aménagée; une administration habile la protége contre les importations malfaisantes; d'un autre côté, les populations sont éclairées et en mesure d'utiliser leur savoir. Cela suffira-t-il ? Non certainement; nous aurons certes beaucoup gagné, mais tout ne sera pas fait, et la thérapeutique prophylactique trouvera amplement de quoi s'exercer.

Et d'abord, il restera les maladies qui tiennent aux saisons, à leurs intempéries, les grandes épidémies de provenance inconnue et probablement cosmique. En second lieu, les préceptes de l'hygiène reçoivent des intéressés des accueils bien différents. Quand ils flattent nos goûts, notre vanité, nous les acceptons avec empressement. Nous dit-on par exemple, au nom de l'hygiène, qu'il faut être bien logé, bien vêtu, bien nourri ; qu'il convient, après le travail, de nous procurer des distractions agréables, etc.. nous applaudissons de tout notre cœur, et beaucoup d'entre nous sont plus exigeants qu'il ne le faut.

Malheureusement ces préceptes subissent une altération fâcheuse, parce que nous voulons les accommoder à nos goûts, à nos habitudes, à nos plaisirs. Nous tenons plus à nous contenter qu'à faire de l'hygiène. Entre la raison et la passion, nous concluons en faveur de cette dernière, et souvent même nous n'admettons pas la possibilité du débat, tant la passion nous entraîne. Il faudrait donc, en même temps qu'on nous éclaire sur l'hygiène, donner à notre volonté la force de l'employer convenablement. La moralisation est un complément nécessaire. Quand elle manque, le bénéfice de l'hygiène est grandement diminué, et l'on a devant soi ce spectacle complexe dont nous sommes les témoins aujourd'hui. D'un côté, progrès incontestable en ce qui touche le bien-être matériel, et de l'autre, temps d'arrêt et même mouvement rétrograde provenant de l'abus que nous faisons des avantages acquis. Nous vivons plus longtemps, cela est prouvé; mais vivons-nous bien portants, et la santé publique s'est-elle réellement améliorée? cela est au moins douteux. Toujours est il que la validité de la France laisse énormément à désirer, et que sous ce rap-

port les nations qui nous environnent nous donnent d'humiliantes leçons.

Nous sommes donc arriérés en fait de prophylaxie. Et pourtant, quel sujet plus digne d'attention ! que de conquêtes assurées si nous savions vouloir ce que nous pouvons ! Certes notre temps a enfanté des merveilles, mais il est impossible d'être satisfait d'une civilisation qui laisse en souffrance des intérêts aussi majeurs et dans laquelle la partie la meilleure, la plus certaine, de notre puissance thérapeutique, reste, faute d'être secondée, à peu près improductive.

Je viens d'indiquer en peu de mots les *desiderata* de la prophylaxie. Prenons-la maintenant telle qu'elle est, et formulons les principales règles qui en dirigent l'emploi.

Je commencerai par rappeler la distinction faite plus haut [1] entre la *capacité morbide* et la *prédisposition*.

La capacité morbide, on s'en souvient, est parfaitement compatible avec une santé irréprochable. Il y a des causes morbifiques puissantes devant lesquelles nous sommes tous égaux : telles sont les causes traumatiques. Après ces causes, je place les poisons, les venins, les virus, les agents inconnus des épidémies, qui surmontent la résistance de la majorité des sujets et n'exigent par conséquent que la simple capacité morbide.

On peut, par l'habitude, se soustraire à l'action d'un poison. Tout le monde sait que la plupart des maladies virulentes ne sont éprouvées qu'une fois par le même sujet. En conséquence, l'évolution d'une de ces maladies est un préservatif pour l'avenir.

Je rattache à ces faits l'immunité acquise en séjournant longtemps, surtout depuis la naissance, au milieu de certaines causes nuisibles. Les indigènes des pays où la fièvre jaune est endémique offrent, par rapport à cette maladie, une résistance qui contraste avec la susceptibilité des étrangers.

La règle qui préside la prophylaxie des maladies dont je parle, se présente d'elle-même à l'esprit : il faut éviter l'action de la cause. Les nécessités de la vie rendant cette précaution difficile et parfois impossible, cette règle souvent n'est pas appliquée.

Il est telles maladies contagieuses, à virus halitueux, contre lesquelles les circonstances nous laissent désarmés; et, comme d'or-

[1] Voir *Étiologie*.

dinaire, ces maladies n'arrivent qu'une fois dans la vie, on a pensé qu'en se les imposant en temps opportun, c'est-à-dire avec toutes les probabilités d'une évolution bénigne, on se procurerait la sécurité pour l'avenir en ce qui les concerne. Cela n'a été praticable que pour la variole, parce que seule elle offrait les qualités d'inoculation désirables. La vaccination a été une substitution heureuse, car l'inoculation avait le grand inconvénient de contredire le précepte émis tout à l'heure. L'inoculation, en effet, multiplie les foyers où la cause morbifique s'élabore et tend à propager la variole.

Quand l'agent morbifique atteint tout le monde, sans qu'il soit possible de le fuir et encore moins de le détruire, la seule ressource qui reste est d'agir sur les individus de manière à obtenir d'eux un bon fonctionnement qui les place dans la situation la meilleure pour la résistance et pour l'évolution régulière de la maladie, au cas où il faudra la subir. Alors, plus que jamais, il convient de suivre les préceptes de l'hygiène, modifiés selon les qualités particulières du sujet. Les soins doivent principalement porter sur les organes menacés par la maladie régnante. C'est ainsi que, durant les saisons chaudes, l'appareil digestif exige une vigilance toute spéciale. Ces précautions sont bonnes; la raison et l'expérience témoignent en leur faveur. Il ne faut pourtant pas affirmer leur constante efficacité. On observe des faits singuliers, contradictoires, inexplicables, qui bouleversent nos essais de théorie, et démontrent que le mystère dont quelques maladies s'enveloppent reste entier. Certaines épidémies, l'histoire l'atteste, ont sévi de préférence sur les personnes les mieux douées, dans les quartiers salubres. De pareils faits ne prouvent rien contre l'hygiène, ils montrent seulement l'imperfection de celle que nous connaissons. Si jamais nous en pénétrions les détails intimes, ces faits nous paraîtraient parfaitement naturels et leur contradiction ne serait qu'apparente.

Parlons maintenant des traitements prophylactiques applicables aux sujets sur lesquels la cause morbifique a agi sans avoir encore déterminé ses effets morbides. Si la cause est matérielle et à notre portée, sa destruction, son élimination, sont l'indication urgente. C'est ainsi qu'on se comporte à l'égard des poisons, des venins, des corps étrangers. La conduite est la même pour les virus. Mais les conséquences présentent des diversités qu'il est bon de connaître.

Certains virus, une fois appliqués, ont une action tellement prompte sur l'ensemble, que la maladie est inévitable. Une foule d'expériences ont été tentées pour neutraliser, dès son application, le virus syphilitique, et on n'a rien trouvé encore sur quoi on puisse compter. Le seul préservatif assuré de la vérole est de ne pas s'exposer à la contagion. Par un contraste étrange, il en est tout autrement du virus rabique. Sa destruction sur place est d'une efficacité proverbiale; plus tôt on l'a opérée, mieux cela vaut. Il n'en est pas moins vrai que le temps d'opportunité de la cautérisation présente une certaine durée, et que ce moyen doit être toujours tenté, pour si tard qu'on soit appelé. On a obtenu d'incontestables succès à une époque tellement avancée, que vraisemblablement alors le virus soumis à l'action des tissus vivants a dû être, ou décomposé, ou absorbé ; en sorte que, selon toutes les probabilités, dans les cas de succès auxquels je fais allusion, ce n'est pas sur le virus qu'on agit, mais sur une partie impressionnée par lui. J'ai parlé plus haut des chances que donnent les traitements prophylactiques pendant l'évolution des maladies [1].

Je me suis également occupé de la prophylaxie appliquée à la période prodromique ; il suffit de renvoyer le lecteur à cet endroit de mon livre.

Quant aux moyens d'arrêter la marche d'une maladie décidément commencée, de prévenir les accidents, l'explosion d'un acte manifestateur, d'une attaque, etc., il en sera question à propos du traitement curatif.

Je passe à la prophylaxie des sujets qui se trouvent sous le coup d'une prédisposition. Ces cas diffèrent des précédents, où le sujet, étant bien portant, n'offrait en lui-même rien à modifier, rien à corriger. Voici maintenant une viciation qui n'est pas encore la maladie, mais qui y conduit. Cette circonstance introduit dans la thérapeutique de notables changements.

Il y a cependant toujours indication du traitement étiologique. La prédisposition peut venir de l'influence du milieu, de la profession, de la nourriture, etc. La prédisposition connée, héréditaire, peut être renforcée par les agents que je viens de nommer. Évidemment l'indication de soustraire le sujet à cette action malfaisante doit être remplie en premier lieu.

[1] Voir *Incubation*.

Certaines prédispositions se perpétueraient indéfiniment. Elles marchent d'un pas si lent qu'on les considère comme stationnaires, probablement parce que certaines qualités de l'organisme sont contraires à leur développement. Cela va bien tant que tout reste favorable au maintien de cet équilibre instable. Mais vienne un incident qui donne plus de force à la prédisposition, et celle-ci acquiert un mouvement accéléré. Je veux parler de la cause dite, dans les Écoles, *cause occasionnelle*. Tel sujet est atteint d'une prédisposition à la phthisie, de faible énergie, et qui pourrait rester inoffensive. Mais ce sujet adopte un genre de vie différent de celui que l'infirmité rendait nécessaire. Il contracte un catarrhe pulmonaire qui est négligé, qui par sa durée entretient dans le poumon une provocation aux tubercules. Voilà une cause occasionnelle qui, à elle seule, ne suffit pas pour expliquer cette phthisie, mais qui n'en a pas moins joué un grand rôle dans la formation de la maladie. Certes, dans beaucoup de cas, la cause occasionnelle n'a pas cette importance et tout appartient à la prédisposition. Il n'en est pas moins vrai qu'un praticien sage signalera au sujet prédisposé les causes occasionnelles qu'il doit redouter par-dessus toutes les autres, et lui donnera tous les renseignements nécessaires pour les éviter.

Ainsi, je le répète, bien qu'il ne faille pas compter sur un pareil traitement, surtout si la prédisposition est héréditaire, ce traitement est toujours de mise et ne peut que faire du bien, en aidant au mouvement rétrograde qui est le but de l'action prophylactique.

La première règle est donc d'éliminer tout ce qui, en dehors du sujet, paraît susceptible de fournir un aliment à la prédisposition. Ce traitement serait insuffisant si on n'ajoutait pas celui dont je vais parler.

La prédisposition est un état vicieux, invétéré, obstiné, qu'il faut considérer comme l'analogue d'une maladie chronique. Les règles sont les mêmes, ainsi que nous nous en assurerons plus bas [1]. Je ne mentionnerai ici que ce qui concerne spécialement la prédisposition. Pour mettre de l'ordre dans les idées, il est utile de considérer la prédisposition selon qu'elle est générale ou locale.

[1] Voir *Traitement des maladies chroniques*.

§ I. Traitement de la prédisposition générale.

Il faut provoquer dans le système vivant des mouvements expérimentalement jugés incompatibles avec ceux de la prédisposition. On se décidera pour le choix, d'après le résultat de l'observation minutieuse du sujet, de ses tendances naturelles, bonnes ou mauvaises, des éléments que l'analyse clinique peut découvrir dans la prédisposition. C'est, comme ailleurs, le même précepte : invigorer ce qui est resté sain, afin d'en obtenir le développement aux dépens de ce qui est dévié. Ainsi, une prédisposition constituée par l'action exagérée de l'appareil lymphatique, exigera les moyens propres à perfectionner l'appareil de la nutrition. Celle-ci ne fournit que des produits imparfaits ; il faut obtenir qu'ils parviennent au degré où ils ne laisseront rien à désirer. Est-ce la suraction , la mobilité nerveuse, qui sont menaçantes, on aura recours aux sédatifs hygiéniques directs ; on s'efforcera d'employer l'activité exubérante par l'exercice, par le travail en plein air, et d'obtenir à l'aide des moyens appropriés la formation d'un sang plus abondant et plus plastique, lorsque le défaut d'hématose sera jugé être la cause de l'irrégularité du fonctionnement des centres nerveux.

Les cas dont je viens de parler ne sont pas, il s'en faut, toujours faciles à traiter; mais du moins ce sont les plus rationnels, ceux où l'on voit le plus clair dans ce que l'on fait. Ce bénéfice s'atténue de plus en plus à mesure qu'il s'agit de prédispositions à des maladies prenant de plus en plus , elles aussi, le caractère de la spécificité, du mystère. Ainsi, on a moins de chances de réussir dans le traitement prophylactique de l'épilepsie que dans le traitement d'une simple névropathie. Le traitement prophylactique des affections goutteuse, tuberculeuse, cancéreuse, etc., présente les mêmes embarras. Les agents directs contre les prédispositions à ces maladies nous manquent absolument, comme ceux qu'il faudrait lorsqu'elles sont décidément établies. Toutefois il reste toujours les moyens qui agissent indirectement[1], et leur succès est ,en cas de simple prédisposition, infiniment moins malaisé.

L'essentiel est de s'y prendre à l'avance et d'insister longtemps, au besoin toute la vie. Ceci est surtout nécessaire pour les pré-

[1] Voir *Traitement des maladies chroniques.*

dispositions héréditaires, les plus rebelles de toutes. Le traitement, s'il se peut, doit commencer pendant la grossesse, continuer pendant l'allaitement, et être poursuivi dans le même sens sur la personne de l'enfant avec l'obstination que je viens de dire. L'espoir de substituer un autre tempérament à celui qui a été apporté en naissant, n'est pas, à cette époque de la vie, une prétention trop ambitieuse.

Arrêter dès leur début les tendances connexes qui en s'exerçant pourraient entretenir la prédisposition, en favoriser la marche; obtenir, en un mot, que toutes les fonctions soient ramenées autant que possible au degré juste où elles concourent avec le plus harmonieux ensemble : tel est le but auquel on doit aspirer. L'action harmonique ainsi mesurée et équilibrée, le système vivant se trouve dans la situation la plus souhaitable pour acquérir la vraie force, celle qui procure l'immunité par rapport aux causes morbifiques du dedans comme du dehors.

Nous avons vu que, chez un sujet prédisposé, certaines époques de la vie sont plus dangereuses que d'autres. Cela a été indiqué aux chapitres consacrés à la *prédisposition*, à la *diathèse*. De là, une règle dont la justesse n'a pas besoin d'être prouvée, qui est de redoubler de précautions, d'éviter plus que jamais les causes capables de donner plus d'énergie au mouvement morbifique, quand le sujet se trouve à une de ces époques : adolescence pour la phthisie, approche de l'âge viril pour la goutte, pour le cancer, etc. Il y a, dans l'existence, des moments où la vie subit une révolution qui en modifie sensiblement le caractère. Ce sont des épreuves favorables ou périlleuses d'où l'on sort meilleur ou pire, selon que l'effort est complet ou tombe avant la fin : dentition, puberté, grossesse, accouchement, ménopause, changement brusque du genre de vie, des habitudes acquises, acclimatation dans un pays lointain, etc. Les individus prédisposés peuvent trouver là des conditions utiles à leur guérison. Trop souvent ils succombent à la peine. Il faut donc pendant ces temps redoubler de vigilance à leur égard. C'est encore d'après la même règle que l'on doit surveiller avec une attention toute spéciale les maladies dont l'expérience a montré l'influence fâcheuse sur telles prédispositions : catarrhe pulmonaire, rougeole, pour la prédisposition phthisique; fièvre muqueuse pour la prédisposition scrofuleuse ; hémorrhagie pour la prédisposition chlorotique, etc. A ce propos, il est bon de rappeler que les maladies dites à répétition (catarrhe, érysipèle, etc.),

laissent le sujet prédisposé à la reproduction des mêmes scènes morbides. Ces prédispositions doivent être traitées comme les autres. Il convient, quand la maladie évolue, d'en favoriser autant que possible la solution complète.

Du reste, toute maladie sérieuse et surtout aiguë fait naître des prédispositions et renforce souvent celles qui existent déjà. C'est la source la plus commune des complications. On pare de son mieux à ces inconvénients avec de bons traitements curatifs, y compris toutes les précautions voulues pour que le convalescent arrive à la plénitude du fonctionnement hygide.

Le traitement des prédispositions se fait d'après les méthodes qui ont été exposées plus haut. Il n'est pas rare d'avoir à employer la méthode naturelle. Cette méthode est indiquée lorsque le système vivant réalise de lui-même certains actes hygido-morbides ou décidément morbides : mouvements diarrhéiques modérés, hémorrhoïdes, suppurations, éruptions, migraines, etc.; moyennant quoi la vie se prolonge d'une façon satisfaisante. Sans doute, il vaudrait mieux obtenir la guérison radicale de la prédisposition; mais, faute de mieux, on se contente très-bien de ce qui est; on en favorise le développement, la permanence. Le besoin morbide interne est satisfait d'une façon tolérable, et quand on pense à la gravité du danger conjuré, on doit se féliciter d'un pareil état de choses.

Quant à la méthode analytique, c'est elle dont on use lorsqu'on combat la prédisposition, en attaquant séparément, successivement ou simultanément selon les cas, les éléments en lesquels on peut la décomposer. Une prédisposition contient, à l'état embryonnaire, les éléments fondamentaux qui plus tard, en grandissant, constitueront la maladie ; et, par exemple, dans la prédisposition à la chlorose, il y a l'analogue de ce qui doit être élément nerveux, élément anémique. Il faudra, comme pour la chlorose établie, apprécier la valeur comparative de ces tendances et se décider d'après la prédominance actuelle de chacune. Un semblable travail est nécessaire à l'égard des causes, quand, ce qui n'est pas rare, plusieurs concourent à la même fin morbide. L'analyse indique celles qui, dans l'espèce, tiennent le premier rang.

On a recours aux méthodes empiriques lorsqu'on attaque la prédisposition en bloc, soit par la perturbation (substitution d'un

genre de vie opposé au précédent, hydrothérapie, etc.), soit par l'imitation obtenue, artificiellement et par contrainte, des actes morbides salutaires indiqués tout à l'heure à propos de la méthode naturelle. Quant à la méthode spécifique, si le lecteur se rappelle les conditions qu'elle doit remplir et l'étroitesse du domaine que je lui ai attribué, il pensera avec moi qu'en l'état on ne peut pas compter sur elle pour le traitement d'une prédisposition. Très-probablement, l'utilité du quinquina comme préservatif de la fièvre d'accès, vient de ses qualités toniques. Son action rentre alors dans la loi commune et n'a rien de spécifique.

§ II. **Traitement de la prédisposition locale (infirmité d'organe).**

Je me dispense de revenir sur les origines diverses, sur la nature de ce genre de prédisposition, sur l'influence fâcheuse qu'elles peuvent exercer. Je me contente de traiter la question thérapeutique. Tout se réduit à une seule règle : fortifier l'organe infirme. Il importe de s'entendre sur la valeur du mot *fortifier*. Cela ne veut pas dire qu'il faut toujours augmenter l'action de cet organe, mais bien qu'il faut régler cette action afin d'obtenir un fonctionnement meilleur qu'auparavant et une résistance plus grande aux causes malfaisantes. L'invigoration de l'organe par l'exercice, par des stimulations appropriées, est un des moyens du traitement dont je parle, mais non le seul. Fréquemment il convient de modérer l'activité de l'organe par le repos, par la sédation. Les organes ont un tempérament comme l'ensemble, et le meilleur de ces tempéraments est toujours celui où tout est équilibré pour la durée. Il est indispensable de savoir par où l'organe pèche. Est-ce anatomiquement, dynamiquement, ou, ce qui est plus commun, des deux manières à la fois? Des deux genres de lésions, anatomique, dynamique, quelle est celle qui est cause? quelle est celle qui est effet? jusqu'à quel point peut-on espérer ramener l'organe à sa structure normale? comment faut-il mesurer le travail de l'organe pour que celui-ci puisse agir sans trop d'effort? par quel moyen suppléer à ce qui reste imparfait dans le fonctionnement? quel secours faut-il apporter aux parties en rapport avec l'organe lésé quand elles pâtissent par suite d'un concours insuffisant? y a-t-il une prédisposition générale primant la prédisposition locale? En ce cas, sans négliger cette dernière, le traitement de l'ensemble passera, s'il est possible, le premier.

Telles sont les principales questions à poser. Les réponses sont souvent difficiles, et souvent sont plus difficiles encore à remplir les indications suggérées par ces réponses.

Le traitement des prédispositions d'organe tient une grande place dans la prophylaxie. Chacun de nous a une partie relativement faible, à laquelle il doit accorder un soin particulier pour la maintenir en bon état et l'empêcher de faire dissonnance dans l'ensemble. Un point délicat et pourtant important consiste à savoir s'il faut fortifier par la suraction, par l'exercice, ou bien par la subaction, par le repos. Cette difficulté se présente fréquemment pour les sujets à poitrine délicate, menacés de phthisie. Ceux chez qui un tempérament relativement inerte, apathique, amenant un amoindrissement des fonctions, est jugé être la cause principale, se trouvent bien de la gymnastique vocale, de la respiration d'un air vif, sec, variable. Les sujets nerveux, excitables, doivent être traités d'une façon tout opposée. Ces épreuves seront méthodiquement conduites, afin que la limite de la tolérance ne soit pas dépassée. Il faut savoir enfin reconnaître le moment où l'espoir est perdu de faire récupérer à l'organe la totalité de son fonctionnement hygide. On se résigne alors à le garder tel qu'il est, et l'on pare aux inconvénients de l'infirmité par un régime hygiénique approprié.

La thérapeutique des prédispositions n'existe, ai-je dit, qu'à l'état d'ébauche. A ce point de vue, nous sommes inférieurs aux anciens, qui tiraient si bien parti de l'hygiène ; et pourtant nous obtiendrions sûrement de grands résultats avec cette hygiène agrandie et corrigée à l'aide des perfectionnements obtenus aujourd'hui dans le traitement des sujets faibles et infirmes. Aux obstacles mentionnés plus haut, il convient d'en ajouter un autre qui nous concerne personnellement. Nous ne trouvons pas dans la prophylaxie ces triomphes qui, par leur évidence, flattent notre amour-propre et sont difficilement méconnus par nos clients. Les succès obtenus en prophylaxie sont toujours passibles de contestation ; d'ordinaire un sujet prédisposé et guéri ne découvre en lui aucun changement appréciable, et s'il se félicite c'est de se voir débarrassé des entraves qu'on lui avait imposées pendant son traitement. L'utilité de cette longue servitude ne lui est pas démontrée, et le médecin lui-même est obligé, dans son for intérieur, de convenir que peut-être il n'a poursuivi qu'une chimère. Ces considé-

rations, capables de refroidir un zèle médiocre, ne doivent pas nous décourager. Il est incontestable que le mal latent qui ronge la société et tend à abâtardir la race, est principalement la prédisposition. Dans l'état actuel des esprits et des mœurs, avec la misère qui étreint encore une partie des populations, il est impossible d'obtenir le vrai remède, à savoir : de bonnes sélections matrimoniales, des soins intelligents enveloppant l'enfant dès la naissance et le suivant jusqu'au moment où sa constitution et ses organes sont formés.

Cela est une utopie sans doute; mais le peu qu'on pourra en réaliser sera un grand bien. Efforçons-nous d'obtenir ce peu ; que tous les philanthropes s'unissent à nous pour éclairer les intéressés, afin qu'ils sachent à quoi ils s'exposent, à quoi ils exposent leurs enfants et les enfants de leurs enfants. Voilà, ce semble, un langage qui devrait être écouté à une époque où le bien-être matériel, dont certes la santé et la longévité font partie, est presque exclusivement recherché.

Qu'on se le dise, et qu'on s'en souvienne : l'hygiène renferme le meilleur de notre avenir médical.

ARTICLE II. — TRAITEMENT CURATIF.

C'est celui dont le but est la guérison du sujet actuellement malade. La guérison est l'état dans lequel l'impulsion hygide est rétablie et équilibrée avec toutes les bonnes chances de durée. Les organes ont repris leur structure, leurs qualités instrumentales premières. Si la réparation est quelque part nulle ou incomplète, l'imperfection est suppléée, tolérée. Cette lésion, incapable par elle-même d'accroissement comme de rétrogradation, ne laisse aucune crainte sérieuse pour l'avenir. C'est un *caput mortuum*, une simple malformation, qui met hors de service une partie dont le fonctionnement n'est pas nécessaire à la santé, à la longévité. Telles sont, malgré leurs inconvénients, une cicatrice vicieuse, la claudication, la perte d'un doigt, d'un membre, etc.

Le trait essentiellement caractéristique de la guérison est la cessation de la cause qui, dans l'ensemble ou dans les parties, était la raison d'être des mouvements morbides.

Il ne suffit donc pas que les symptômes et même que les lésions d'organe disparaissent. Le sujet peut ne pas être guéri mal-

gré cela, ainsi qu'on le voit dans les maladies à manifestations intermittentes : fièvre d'accès, goutte, épilepsie, etc. Il ne suffit pas davantage de débarrasser un individu de son hydropisie, de ses hémorrhoïdes, de son cancer, etc.; il faut annihiler le besoin morbide dont ces actes sont la satisfaction.

Qu'est ce besoin morbide, cette cause latente qui continue la maladie et la contient virtuellement tout entière? c'est ce que j'ai appelé *état morbide*. L'état morbide est la viciation générale ou locale, selon les cas, d'où procède la maladie comme la tige procède de la racine.

Un praticien, à quelque École qu'il appartienne, admet l'état morbide ou son équivalent. Tout le monde reconnaît, en effet, qu'il y a derrière les phénomènes apparents de la maladie des ressorts secrets qui les produisent et les entretiennent. Plusieurs prennent ce mot *ressort* à la lettre, et espèrent découvrir celui-ci en fouillant minutieusement dans l'intimité des tissus. Ces investigations n'auraient que des avantages si on ne se hâtait pas de conclure et de se comporter comme si la découverte de ces ressorts était accomplie. Il n'en est pas moins vrai que ces combinaisons moléculaires, ces altérations de cellules, qu'on nous propose aujourd'hui comme résumant la raison suffisante des maladies, sont un témoignage en faveur de l'état morbide.

Malheureusement le parti-pris de voir dans l'état morbide un fait mécanique, a suggéré naturellement la pensée de ne chercher que dans l'organe siége des lésions manifestes. Toutefois, pour plusieurs maladies (cancer, scrofule, scorbut, goutte, syphilis, fièvre d'accès, etc.), l'état morbide est évidemment ailleurs que dans les parties souffrantes. Tout le monde est d'accord là-dessus. Mais l'accord cesse là où l'affection générale est d'une vérité moins éclatante. Une pneumonie, une dysenterie, une angine ou toute autre maladie susceptible d'être produite, les circonstances variant, par des états morbides de nature différente, sont des cas qui prêtent davantage à la discussion et qui exigent, pour chacun d'eux, une étude nouvelle en dehors de ce qui constitue proprement la pneumonie, la dysenterie, l'angine. De là, la tendance à voir toute la pneumonie dans l'altération du poumon, toute la dysenterie dans l'altération du gros intestin, etc. En outre, les médecins qui croient à la supériorité de la doctrine de la localisation, ont perdu peu à peu l'aptitude intellectuelle nécessaire à la conception des états morbides de

l'ensemble, de telle sorte que pour beaucoup, les mots état morbide bilieux, catarrhal, etc., ne représentent que des chimères. Une pneumonie bilieuse, une bronchite catarrhale, sont en effet plus malaisées à concevoir qu'une pneumonie, qu'une bronchite tout court. Reste à savoir si on ne se débarrasse pas d'une difficulté aux dépens des malades.

L'indication qui se présente avant toutes les autres est d'obtenir la cessation de la modalité initiale à laquelle le mouvement morbide se rattache. Dans toutes les maladies, sans exception, se trouve une première déviation qui est la raison d'être des suivantes. Il y a donc partout un état morbide. L'état morbide est dans l'ensemble, il est dans une partie. Il existe par lui-même, ou bien il est commandé par une provocation appréciable. Dans ce dernier cas, si la provocation est à notre portée, le traitement curatif consiste à l'enlever. Du reste, l'indication de faire disparaître toute influence malfaisante subsiste partout, en sorte que le traitement curatif, comme tous les autres, a besoin du traitement étiologique, au moins comme auxiliaire. L'état morbide spontané ou lié à une provocation inaccessible demande à être traité pour lui-même. S'il est de ceux qui se résolvent par les phénomènes morbides, on favorise l'évolution régulière de ces phénomènes (méthode naturelle). S'il est de ceux qu'il convient d'enrayer, soit parce que les phénomènes sont d'une gravité menaçante, soit parce qu'il n'y a aucun inconvénient à cette jugulation, on a recours à la méthode analytique, à la méthode empirique, selon les règles exposées plus haut.

Le traitement des actes morbides est donc partie obligée du traitement curatif; soit qu'on les maintienne, soit qu'on les corrige, soit qu'on les combatte, il y a toujours quelque chose à faire de ce côté.

Pendant la durée du traitement curatif, on se préoccupe des conséquences qui sont à redouter, pour le sujet, de la situation précaire où la maladie l'a placé, des prédispositions que cette situation fait naître dans l'ensemble, dans les organes. Aussi a-t-on souvent à modifier le traitement curatif en vue de ces éventualités, ce qui constitue une véritable prophylaxie. C'en est une, en effet, quand on prévient une complication, une dégénérescence organique rebelle ou dangereuse, une rechute, etc.

Nous verrons bientôt que le traitement curatif emploie fréquem-

ment les procédés du traitement palliatif. Ce n'est pas trop de toutes les ressources thérapeutiques pour remplir les conditions de ce traitement par excellence, et auquel il faut toujours s'adresser pour peu que son succès soit jugé possible.

Cette règle est sans exception, et il n'y a pas de maladie qu'il soit *dangereux de guérir*, si dans le mot maladie on comprend tout ce qui constitue cette dernière. Assurément, il est dangereux de guérir les actes morbides qui donnent satisfaction à un besoin morbide ; mais, assurément aussi, ces actes morbides ne représentent qu'une partie de la maladie, puisque le besoin morbide en est le fait premier dans l'ordre pathogénique. Le péril n'existe que lorsqu'on laisse subsister ce besoin. L'indication de guérir la totalité de la maladie est donc toujours présente ; malheureusement les cas sont nombreux où cette indication est impossible à remplir.

Ces développements ont mis le lecteur à même de répondre à cette question : Quelles sont les maladies auxquelles le traitement curatif convient? Je reviendrai d'ailleurs sur ce sujet, en parlant du traitement des principaux groupes de maladies.

ARTICLE III. — TRAITEMENT PALLIATIF.

De *palliare*, couvrir d'un manteau, pallier. Le but de ce traitement est, tout en laissant subsister la maladie, de la dissimuler, d'en atténuer les souffrances, les inconvénients, d'en attarder la marche fatale. La palliation, ainsi largement entendue, est souvent de mise dans le traitement curatif ; elle le précède lorsque la maladie permet de l'ajourner pour profiter d'un temps plus favorable; elle l'accompagne constamment. Quelle que soit la méthode qu'on emploie, naturelle, analytique, empirique, il faut toujours autant que possible réduire l'intensité et le chiffre des phénomènes morbides. Le malade doit supporter l'essentiel, l'inévitable ; mais il y a parfois des choses inutiles dont la suppression est souhaitable. En fait de phénomènes de ce genre, l'excès est certes un défaut. Ainsi, la douleur considérée au point de vue moral, a des avantages que la philosophie et la religion font connaître. Au point de vue de la pratique médicale, elle fournit des avertissements utiles au diagnostic et au pronostic. Il n'en est pas moins vrai que nous devons toujours faire de notre mieux pour

l'empêcher de dépasser certaines limites. L'instinct de commisération avait prévenu ce précepte, que la raison expérimentale a formulé de bonne heure.

C'est pourquoi les anciens disaient qu'un traitement quelconque devait être fait *tuto, cito et jucunde*. Sous ce dernier rapport, nous sommes sur eux en notable progrès : nous avons des médicaments mieux appropriés aux délicatesses de nos tempéraments, moins révoltants pour la sensibilité, et nous savons, sans préjudice pour l'effet thérapeutique, sinon les rendre toujours agréables, du moins diminuer celles de leurs qualités qui soulèvent les répugnances du patient. La chirurgie n'est pas restée en arrière. Maintenant, grâce à l'anesthésie, aux perfectionnements de l'art opératoire, les malades ne subissent que le mal nécessaire, et cette palliation opportune ajoute aux bonnes chances du traitement curatif. Il en est de même en médecine proprement dite. Procurer le sommeil à un malade tourmenté par l'insomnie, atténuer le ténesme d'un dysentérique, satisfaire la soif par des boissons rafraîchissantes, donner satisfaction aux désirs raisonnables, etc., c'est non-seulement faire un bien immédiat, mais préparer la terminaison heureuse de la maladie. Lorsque Sydenham substitua la médecine tempérante, calmante, aux tortures des échauffants sudorifiques, alors en vogue pour les fièvres exanthématiques, il fit de la palliation éclairée, et il introduisit, du même coup, une révolution bienfaisante dans le traitement curatif de ces maladies.

Ces efforts dans le sens de la thérapeutique palliative sont donc de règle; mais ils ne sont permis qu'à la condition de ne pas nuire au traitement curatif. Jamais le *tuto* ne doit être sacrifié au *jucunde*. Il ne le sera pas davantage au *cito*. *Cito* et *jucunde* ne doivent passer qu'en seconde ligne. Patience et résignation seront longtemps les vertus les plus désirables chez les malades.

Pour bien connaître le traitement palliatif, il faut l'étudier là où il est l'objet principal. C'est ce qui a lieu dans les cas qui ont résisté aux divers traitements curatifs et qui sont jugés incurables.

Ce sujet est vaste et complexe. Pour présenter mes idées avec ordre, je vais me débarrasser du peu que j'ai à dire au sujet des maladies aiguës qu'on a perdu l'espoir de guérir.

---

§ I. Traitement palliatif dans les maladies aiguës jugées incurables.

La maladie aiguë, transformée en chronique, est curable ou incurable. Dans le premier cas, elle réclame un traitement curatif; dans le second, elle rentre dans le traitement palliatif des maladies chroniques. Je n'ai donc à parler actuellement que de la palliation dans les maladies aiguës inévitablement et prochainement mortelles.

La mission du médecin se résume en ceci : adoucir les derniers moments, en prolonger, s'il se peut, la durée.

Cela comprend l'emploi des moyens moraux. A ce point de vue, le médecin a un rôle tout spécial à côté du prêtre et des assistants. Seul, en effet, il peut, avec connaissance de cause, se prononcer sur la valeur des symptômes, sur la nécessité, sur le moment probable de la mort. Le soin de sa dignité exige qu'il s'explique vis-à-vis des personnes de l'entourage à qui il pourra dire la vérité. Quant au malade, il n'y a pas de règle absolue. Dans la majorité des cas, il convient de lui dissimuler autant que possible son état désespéré. L'exception est commandée quand de graves intérêts sont en jeu, quand, pressé par un patient vraiment résigné, plein de foi, on est certain que la triste confidence aura plus d'avantages que d'inconvénients.

Il y a rarement indication de calmer la douleur. La mort a souvent lieu sans agonie, par difficulté d'être augmentant progressivement et paisiblement; d'autres fois elle arrive à l'improviste et sans souffrance. Beaucoup de moribonds présentent les symptômes d'une violente perturbation; mais fréquemment alors la sensibilité de conscience est fortement diminuée, sinon tout à fait abolie; cette diminution peut se réaliser lors même que l'intelligence est conservée. En somme, les agonies sont moins douloureuses qu'on ne le croit.

Il est heureux qu'il en soit ainsi, car à ce moment de dislocation vitale notre pouvoir sur la douleur est très-limité. Les calmants ordinaires sont insuffisants, et les sédatifs énergiques sont interdits. Gardons-nous d'écouter les personnes qui affirment que, dans l'intérêt de l'agonisant, il convient de l'endormir dans un sommeil narcotique. En supposant, ce qui n'est pas, qu'on pût

souvent atteindre ce but, l'opinion dont je parle est immorale, ne serait-ce qu'à cause d'une erreur possible sur la nécessité, sur la proximité de la mort. D'ailleurs, nul n'a le droit, et encore moins un médecin, de raccourcir la vie humaine de la quantité la plus minime. On cite des cas où le malade lui-même a sollicité l'opium comme un bienfait. Cela s'est rencontré chez certaines natures morales, plus violentes que courageuses, qui ne connaissaient pas les apaisements qu'une résignation religieuse apporte avec elle. Cette résignation est, sans contredit, le meilleur des calmants.

Loin de hâter la mort du sujet, la tâche du médecin est de l'éloigner autant que possible. Pour cela, au lieu d'aider à la chute de la sensibilité organique, il doit s'efforcer de réveiller, d'entretenir cette dernière à l'aide des excitants qui agissent sur la peau, des potions stimulantes. Quelque nombreux que soient les obstacles et nos insuccès, nous sommes dans notre rôle en agissant ainsi.

§ II. **Traitement palliatif des maladies chroniques.**

Dans les maladies aiguës, l'incurabilité ne peut être affirmée qu'au moment de l'agonie ; aussi le traitement palliatif y est-il très-limité. L'incurabilité des maladies chroniques est diagnostiquée, au contraire, longtemps avant la mort. Le traitement palliatif y occupe une plus grande place, est autrement efficace, et comprend des règles multiples dont l'exposition me retiendra plus longtemps.

Tout se résume dans la réponse aux questions suivantes. Où est le péril de la mort? Quels sont les phénomènes qu'il est possible d'amender, de corriger, de supprimer? Divisons ce sujet complexe. Il y a à considérer, du côté de la maladie, l'*affection*, quand la maladie est affective, l'*acte morbide;* et, du côté du sujet, son *impressionnabilité*, l'*état de ses forces*.

Affection. — Le lecteur se rappelle les précautions à prendre avant de se prononcer sur une incurabilité quelconque ; il n'a pas oublié surtout qu'il n'existe aucune espèce morbide absolument incurable. Supposons toutes les précautions prises, et qu'il n'y a rien à attendre du traitement curatif.

Nous ne sommes pas toujours entièrement désarmés contre

l'affection incurable. Nous pouvons fréquemment agir sur elle à l'aide d'un traitement étiologique approprié, et mettre le sujet dans des conditions telles que la marche de l'affection soit ralentie. Ainsi le rhumatisant, le goutteux, le phthisique, incurables, seront placés dans le milieu qui leur convient, à l'abri des provocations dont les effets seraient susceptibles d'ajouter à l'énergie du mal. Jusque-là, tout est le même que pour le traitement curatif.

Un des meilleurs moyens d'enrayer les progrès de l'affection incurable est de respecter, de régulariser celles de ses manifestations qui sont tolérables. Les manifestations périphériques ont généralement cet avantage : éruption cutanée, ulcères, hémorrhoïdes, etc. Imitons ce que fait la nature dans les cas heureux où une maladie chronique non guérie dure indéfiniment. L'affection alors, grâce à la satisfaction qu'elle reçoit, se maintient à un état de modération compatible avec une longue existence. La maladie a pris les caractères d'une fonction ; le sort du sujet est de vivre avec elle. L'indication est donc de conserver, et, au besoin, de donner à cette maladie les allures de paix et de tolérance qui la rendent médiocrement offensive. Nous avons vu, à propos de la faculté médicatrice, que celle-ci s'exerce avec avantage dans les cas incurables. Aussi est-ce une règle importante que celle de favoriser, de provoquer, de régulariser les manifestations morbides ayant ce genre d'utilité. Cette règle s'applique également aux manifestations morbides intermittentes, comme celles du rhumatisme, de la goutte, de l'hystérie, de l'épilepsie, etc. L'expérience a prouvé qu'un véritable bien-être, qu'un état de santé apparent, provisoire sans doute, mais capable de durer, est la conséquence des attaques subies par les sujets.

Trop souvent une vieillesse naturelle ou anticipée est la cause la plus habituelle de ce changement ; le travail palliatif dont je viens de parler s'altère ; il devient de moins en moins apte à remplir sa fonction bienfaisante ; il prend une intensité excessive, ou bien il disparaît, et à sa place surgissent des localisations dangereuses. L'indication est alors de ramener la maladie à ses allures premières et, si on ne peut y réussir, d'y suppléer par des exutoires, par des purgations, ou tout autre moyen que les circonstances particulières de la maladie feront juger susceptible de rendre des services équivalents.

J'ai dit que, tout étant égal d'ailleurs, les manifestations morbides utiles étaient périphériques. J'ajoute qu'il ne faut pas sans réflexion substituer artificiellement une autre manifestation à celle qui est l'œuvre spontanée de la nature. Plus d'une fois les malades supportent impatiemment la servitude présente et demandent à leur médecin de les en débarrasser, dût-on la remplacer par une autre. Certes, le médecin n'attend pas cette sollicitation quand la manifestation est par elle-même dangereuse; et, par exemple, l'hémoptysie sera une fâcheuse satisfaction d'un besoin morbide, et il faudra sans hésiter s'efforcer de lui substituer une hémorrhagie empruntée à une autre source. Mais, sauf ce cas et les analogues, on respectera l'œuvre de la nature. L'expérience prouve que d'ordinaire c'est telle hémorrhagie, tel ulcère ayant tel siége, qu'il lui faut nécessairement. Le *statu quo* doit être maintenu. Quand il est satisfaisant, il serait imprudent de courir les aventures pour trouver le mieux.

Acte morbide.—L'acte morbide vient d'être considéré en vue du traitement de l'affection dont il est, en l'état, la manifestation avantageuse. Maintenant étudions les cas où il est inutile, dangereux, quel qu'en soit le motif : siége, durée, intensité, nature perverse des phénomènes qui le constituent. L'indication est de l'arrêter.

Deux circonstances peuvent se présenter : l'acte morbide est curable, il est incurable.

L'acte morbide n'a pas introduit dans l'organe des lésions irrésolubles. On peut espérer de le guérir avec le concours de la faculté médicatrice secourue par les méthodes analytique ou empirique. La persistance de l'affection rend ce traitement difficile, mais non toujours impossible. Tant que les forces sont bonnes, tant que la maladie n'est pas passée à la période de cachexie, le traitement doit être tenté. Les chances diffèrent, cela va sans dire, selon la lésion dont il s'agit. Une tumeur blanche, par exemple, sera plus difficile à déloger qu'une fluxion phlegmasique.

L'acte morbide est au-dessus de la portée des ressources de la nature. Reste l'opération chirurgicale. Ceci est une grave question de thérapeutique sur laquelle je dois m'arrêter un instant.

L'opération n'est qu'un moyen de palliation, puisqu'elle laisse subsister la racine de la maladie, l'affection. Soit un cancer : faut-il l'opérer ou s'abstenir?

Les avantages de l'opération sont les suivants. Elle débarrasse l'économie d'un acte morbide souvent très-douloureux, qui s'aggrave, s'étend incessamment aux dépens des tissus environnants. Le produit de ce travail plastique est voué à une mort anticipée. Il entrera tôt ou tard dans une période de décadence; de là, des altérations que le système ne tolérera pas, et qui seront le point de départ de sympathies, de réactions usant les forces en pure perte. Le lieu où cette destruction s'accomplira, sera alors un foyer de matières nuisibles livrées à l'absorption. Les ganglions lymphatiques voisins particulièrement exposés deviendront cancéreux eux-mêmes. Le mal étant parvenu à ce degré, le temps d'opportunité del 'opération est passé, et les jours du sujet sont comptés. Il se peut enfin que la manifestation cancéreuse ait épuisé l'affection qui l'a produite, et si l'on rencontre un de ces cas, c'est une cure radicale que l'on obtient en opérant. La question étant envisagée de ce côté, tout est en faveur de l'intervention chirurgicale.

Voyons actuellement le revers de la médaille. Il y a d'abord les périls attachés à cette opération, périls dont il faut se préoccuper. Mais le pire de tout est la crainte malheureusement fondée de voir revenir le cancer, soit dans le même lieu, soit ailleurs, et alors, l'expérience ne le prouve que trop, le cancer marche avec une vélocitéredoutable. Comment distinguer ces cancers dont Hippocrate a dit: *Quibus occulti*[1] *canceri fiunt non curare melius*, et dans un autre passage: *Curati citius intereunt*? L'hérédité, les signes d'une cachexie commençante, sont des motifs légitimes d'appréhension. Mais que de fois rien de cela n'existe, tout semble encourageant, et cependant l'événement démontre qu'on s'était trompé!

D'après moi, tout étant débattu, il convient d'opérer le cancer dès qu'il est reconnu. Dans le principe, l'opération est facile et aisément tolérée. Cette opération peut être curative, et c'est une chance précieuse qu'il faut ménager au sujet. Il est prudent de ne pas y compter absolument et d'employer les moyens de la méthode perturbatrice indiqués plus haut. On peut, en faisant ainsi, changer la direction des mouvements morbides, attarder et même

[1] Hippocrate; *Aphorismes*, 38, section VI*.

* *Occulti*, signifie évidemment ici *cancers* dépendant d'une cause cachée, indestructible.

arrêter la marche de la diathèse. Il résulte des faits nombreux dont j'ai été le témoin que l'opération est, en somme, le parti le plus sage. Si on se trompe, on a la consolation de se dire que dans l'état actuel de la science on ne pouvait pas mieux.

Avec la ressource chirurgicale disparaît notre plus grand pouvoir thérapeutique. Toutefois, la palliation réduite aux moyens dits médicaux est encore possible. C'est d'après la méthode analytique que l'on agit. Avec plus de soin que jamais on prévient, on combat les éléments de complication. On s'efforce, à l'aide d'une contre-fluxion artificiellement provoquée (vésicatoires, cautères volants ou fixes, sétons, etc.), d'amoindrir, de rendre stationnaire le travail morbide local, en se rappelant toutefois que les malades arrivés à l'époque de la cachexie et devenus faibles, irritables, tolèrent mal ce genre d'action, et qu'en outre les suppurations externes ont alors le grave inconvénient de donner plus d'énergie aux suppurations internes. Souvent, dans la phthisie parvenue à la troisième période, la fonte purulente du poumon est accélérée par les cautères que l'on maintient ou que l'on place sur la poitrine à cette époque tardive.

On évitera à l'organe malade toute action nuisible, et on mesurera son stimulus naturel à ce qui lui reste de capacité fonctionnelle. L'aliment sera approprié à la faculté digestive actuelle de l'estomac. Au besoin, on suppléera à ce qui manque de ce côté par les lavements, par les bains nutritifs. On fera respirer au phthisique un air incapable de blesser la susceptibilité du poumon; on régularisera l'action du cœur à l'aide de la digitale et surtout en évitant toutes les causes d'embarras dans la circulation pulmonaire. La saignée, en diminuant la quantité de sang que le cœur doit mouvoir, procure d'ordinaire un soulagement immédiat, mais il ne faut pas oublier la faiblesse que sa répétition amène après elle. Ménager les forces autant que possible est une règle sans exception. Plus que jamais, dans les circonstances dont je parle, *servare facultatem*, faire durer la vie, constitue l'indication première.

La lésion de l'organe ne représente pas la totalité de l'acte morbide. A ses effets, c'est-à-dire aux symptômes, correspond un traitement palliatif spécial. Bien que la lésion persiste entière, on peut, dans plusieurs cas, dissiper provisoirement, atténuer certaines de ses conséquences nuisibles. C'est ainsi que la ponction dans l'ascite, que l'ouverture méthodique d'un abcès par conges-

tion, etc., conjurent le péril actuel, et prolongent les jours du malade. De ce nombre sont les moyens employés pour calmer la toux, pour procurer le sommeil, etc. L'indication la plus fréquente en ce genre a la douleur pour objet. On peut amortir par des moyens directs la sensibilité de la partie qui en est le siége; on peut agir sur l'ensemble et exercer une action semblable sur la sensibilité générale. Le premier soin est de découvrir le calmant qui convient; le second est de ne l'employer qu'autant qu'il est nécessaire, afin que l'habitude ne lui enlève pas sa vertu bienfaisante. Avant d'abandonner une substance devenue impuissante malgré l'élévation des doses, essayons une autre préparation de cette même substance, changeons le lieu, le mode d'application. Le traitement palliatif emprunte des ressources précieuses aux moyens de l'ordre moral. On doit procurer au sujet incurable toutes les distractions que son intelligence, son caractère, sa fortune, mettent à sa portée.

Dans quelques maladies incurables, la nature médicatrice, quoique ayant décidément le dessous, n'est pas entièrement inerte. Elle apparaît encore dans certaines actions utiles qu'il faut savoir reconnaître et respecter. Dans une insuffisance valvulaire du cœur, par exemple, l'hypertrophie du ventricule correspondant est un fait heureux qu'on se garde bien de contrarier par la saignée, par une diète sévère. De même dans le mal de Pott, il se forme spontanément des jetées osseuses qui soutiennent la colonne vertébrale et empêchent le corps des vertèbres attaquées par les tubercules de céder à la pression. On conçoit combien il importe, à l'aide de la situation horizontale, de favoriser ce travail. On parvient ainsi à éloigner le moment où l'affaissement de la colonne soumettra la moelle à des contacts irritants, à une compression paralysante.

Impressionnabilité, réactivité du sujet. — Le mode de sentir une lésion d'organe incurable prolonge ou raccourcit les jours du malade. Un exemple fera comprendre dans quel sens il convient d'agir. Chez plusieurs vieillards, de graves lésions sont parfaitement tolérées. Cela s'explique par l'abaissement de la sensibilité organique naturel à cet âge. Le peu d'importance de la partie dans le fonctionnement général facilite cette tolérance. Tel est l'exemple qu'il faut s'efforcer d'imiter, et la conduite diffère selon l'âge, le tempérament, la prédisposition.

Cette situation avantageuse de la sensibilité doit si peu être confondue avec la faiblesse, que celle-ci s'accompagne souvent d'une situation contraire. Les toniques administrés avec intelligence sont, en effet, dans certains cas, un moyen de ramener la réactivité à un ton plus convenable. Ailleurs, surtout chez les sujets sanguins et dont les forces sont encore conservées, la suraction dépend d'un orgasme sanguin, et il faut avoir recours à une diète rafraîchissante et même aux évacuations sanguines. D'autres fois enfin, c'est l'excès de la vie nerveuse qui est l'indication, et celle-ci est remplie à l'aide des médicaments nervins. Ce genre de palliation donne la main à celui dont je parlais tout à l'heure à l'occasion des actes morbides; tous deux s'associent très-bien.

Les motifs d'intolérance sont parfois inconnus, et alors il faut user de tâtonnements thérapeutiques pour trouver ce qui convient. Les motifs de tolérance peuvent être de même enveloppés de mystère. L'autopsie cadavérique révèle de temps à autre d'énormes lésions siégeant dans les organes les plus importants, et que rien, pendant la vie du sujet, n'avait permis de soupçonner. Si les conditions favorables qui ont permis ces tolérances exceptionnelles étaient connues, ces cas ne seraient pas perdus pour l'avenir. En l'état, ils ne servent qu'à titre d'encouragement, et montrent jusqu'à quel point la nature, même malade, peut aller dans le sens de la conservation.

État des forces.—Souvent il y a lieu de combattre l'action exubérante d'un organe; mais toujours, et dans tous les traitements, les forces radicales doivent être respectées et restaurées quand on les croit atteintes. Cette considération acquiert une importance particulière quand la résistance vitale est la seule ressource qui reste. C'est un sujet qui se présente sans cesse en thérapeutique à propos de tout, et sur lequel j'ai trop souvent arrêté l'attention du lecteur pour qu'il soit nécessaire d'y revenir. On contribue au maintien des forces radicales à l'aide d'un bon régime hygiénique et en s'abstenant de tout moyen pharmacologique ou chirurgical qui pourrait passagèrement porter atteinte à ces forces sans compensation suffisante. Du reste, le sujet actuel est implicitement compris dans les précédents articles. En se conformant d'une manière convenable aux règles susdites, on retarde la période de cachexie, on accroît la résistance vitale. Il suffit de si-

gnaler la question de l'état des forces; les détails d'application sont superflus.

Les considérations suivantes serviront de complément à ce que je viens de dire sur le traitement palliatif. On accordera au malade tout ce qui ne pourra pas lui nuire. Ses goûts, ses caprices mêmes, seront satisfaits. Sollicite-t-il un de ces moyens que la mode seule soutient, empressons-nous de le lui prescrire. A défaut d'autres, il peut produire un effet moral salutaire. D'ordinaire, les incurables tiennent à être traités pharmacologiquement. Il faut avoir l'air de médicamenter ceux chez qui l'hygiène paraîtra devoir suffire, et savoir user au besoin de la pilule de mie de pain, innocente tromperie, fréquemment suivie de résultats qui ne sont pas à dédaigner.

Que le malade surtout ne puisse accuser son médecin de défaut de zèle. La pire des choses, pour lui, c'est de se croire désespéré et abandonné. Or, le zèle se soutient difficilement en présence de certains cas jugés inévitablement mortels, et pour lesquels notre puissance palliative est très-limitée. Il faut du courage alors pour aller jusqu'au bout de sa tâche. Mais, pour si minime que soit le bien que nous faisons au malheureux patient, ce bien lui est dû, et l'en priver par notre faute est une mauvaise action.

CHAPITRE II.

TRAITEMENT DES GROUPES DE MALADIES ADMIS EN PATHOLOGIE GÉNÉRALE.

Après avoir étudié les indications, les méthodes et l'emploi de ces dernières selon le but qu'on se propose, il me paraît utile de parler de la thérapeutique qui convient à chaque principal groupe de maladies. J'aurai soin de me tenir sur mon terrain, et de laisser à la pathologie spéciale le privilége qui lui appartient d'exposer les généralités afférentes aux divisions admises en pathologie: fièvres, phlegmasies, hémorrhagies, hydropisies, etc., etc. A plus forte raison, ne m'occuperai-je pas des espèces.

Conformément aux précédents posés plus haut, le sujet que j'aborde en ce moment comprend : 1° le traitement des maladies qui, provoquées ou non provoquées, sont devenues indépendantes

de leur provocation; 2° le traitement des maladies dont le sort est lié à une provocation; 3° le traitement des maladies aiguës et des maladies chroniques; 4° enfin, comme le médecin est consulté pour toutes les infirmités du corps vivant, j'aurai à dire un mot du traitement des malformations. Tout cela se trouvant en partie expliqué et toujours implicitement contenu dans tout le courant de ce livre, un rapide résumé suffira.

ARTICLE PREMIER. — TRAITEMENT DES MALADIES PRIMITIVEMENT OU CONSÉCUTIVEMENT INDÉPENDANTES DE LA PROVOCATION (MALADIES AFFECTIVES).

Je rappelle, sans qu'il soit besoin d'insister, la nécessité constante du traitement étiologique, bien que l'indication principale ne se trouve pas de ce côté. Il y a donc toujours lieu d'atténuer, de supprimer ce qui, dans les qualités du sujet, pourrait nuire à l'évolution régulière de la maladie, appeler des complications. Les lésions d'organes par lesquelles cette maladie se manifeste sont encore des provocations qu'il convient de réduire au strict nécessaire quand elles sont utiles, de combattre dans le cas contraire.

L'indication mère se tire de la viciation idiopathique d'où tout dépend. Les actes morbides sont ceux que l'expérience signale comme fournissant la meilleure solution, ou bien ils aggravent la maladie, sont dangereux. Chacun de ces cas exige l'une ou l'autre des méthodes avec lesquelles on a fait précédemment connaissance.

La maladie doit-elle arriver jusqu'au bout? faut-il l'arrêter, et comment? J'ai mis le lecteur à même de répondre à ces questions.

J'ai dit pareillement qu'il y avait toujours indication de combattre l'affection, moyennant quoi aucune maladie n'était dangereuse à guérir. Mais j'ai ajouté que cette indication pouvait être difficile et même impossible à remplir, et alors il faut faire le départ de ce qui, dans les manifestations morbides, doit être conservé, doit être combattu.

Ayons soin, avant d'entreprendre la cure de ces maladies, de nous assurer si elles sont décomposables ou non, et dans le premier cas, le plus commun, sachons de notre mieux les éléments dont elles sont formées. De cette façon, nous serons à même de faire le choix de la méthode qui convient, soit que nous agissions,

soit que nous n'agissions pas. Quant à la complication, c'est une règle sans exception qu'elle doit toujours être combattue. Une maladie simple est, tout étant égal d'ailleurs, plus facile à traiter.

ARTICLE II. — TRAITEMENT DES MALADIES QUI DÉPENDENT ACTUELLEMENT D'UNE PROVOCATION.

La nature vivante n'est pas intrinsèquement viciée; elle est entraînée par une cause qui dépasse sa résistance. L'indication majeure est évidemment la destruction de cette cause. Dans l'éducation donnée aux enfants, on traite différemment ceux dont les instincts naturels sont vicieux et ceux qui, bons par eux-mêmes, font le mal par suite de l'excitation fournie par l'exemple.

Les provocations, on s'en souvient, sont nombreuses et variées. Elles viennent du moral, du monde extérieur, du corps lui-même. La provocation agit dynamiquement; elle est constituée par une lésion matérielle, suite d'un traumatisme ou d'une maladie.

Les maladies dépendantes sont une réaction ou une subaction, chacune de celles-ci pouvant être générale ou locale.

Il y a des réactions utiles. Telles sont celles qui mettent fin à une subaction (fièvre traumatique, phlegmasie, servant à l'expulsion d'un corps étranger), et toutes les réactions ayant pour but la restauration d'une partie blessée.

Les réactions utiles peuvent devenir dangereuses par leur exagération. D'autres réactions sont de tout point fâcheuses (tétanos, convulsion, délire nerveux, etc.).

Certaines réactions sont au moins inutiles; ce sont toutes les réactions non synergiques.

Les réactions sont simples ou compliquées.

Tant que la réaction conserve ses liens de dépendance avec la provocation, le traitement de celle-ci est, sans contredit, le plus important; mais il n'est pas toujours possible, et alors la réaction doit être traitée comme si elle était idiopathique.

La réaction devient une maladie idiopathique lorsque, ou bien par l'habitude, ou bien par son énergie, elle existe par elle-même.

Il me paraît hors de propos d'exposer le traitement qui convient à chacun de ces cas; je renvoie le lecteur au chapitre où ces questions sont étudiées.

Les subactions ne peuvent être guéries que par des réactions synergiques qu'il faut régler, et au besoin provoquer. Trop souvent le malade, débarrassé de sa subaction, tombe dans les périls d'une réaction dépourvue des qualités nécessaires pour la guérison. Les réactions les plus difficiles à traiter sont celles qui présentent un mélange de subaction et de suraction, ainsi que cela se voit dans certains cas de commotion, d'empoisonnement. Comme partout, il faut combattre l'élément prédominant, et avec les précautions voulues, pour qu'un autre ne domine pas à son tour.

Quelques mots sur le traitement des *lésions organiques* serviront à compléter ce que je viens de dire sur le traitement des maladies dépendantes, et en même temps feront connaître un cas difficile de thérapeutique qui se présente souvent.

ARTICLE III. — TRAITEMENT DES LÉSIONS ORGANIQUES.

Il y a beaucoup de lésions organiques, si ce mot est pris comme synonyme de lésion anatomique. L'usage a voulu qu'une lésion anatomique remplît certaines conditions pour être appelée *organique*.

La lésion organique est un produit plastique vivant, chronique, irrésoluble, constituant en l'état la totalité ou le principal de la maladie.

Le produit plastique participe de l'activité vitale ; en cela il se distingue des produits morts, un calcul, par exemple.

Ses progrès sont lents, ce qui le sépare des lésions anatomiques aiguës.

Il est irrésoluble, et par conséquent attaquable seulement par un traitement chirurgical. J'élimine, de cette façon, les lésions anatomiques chroniques curables par un traitement médical.

La lésion organique indique donc essentiellement les moyens de la chirurgie. Toutefois l'emploi de ces moyens n'est que trop souvent impossible, à cause du siége, de l'étendue du mal, etc. L'indication ne peut être remplie, mais n'en existe pas moins, et l'on a raison d'appeler lésions organiques les produits plastiques chroniques, irrésolubles, qui sont inopérables : tumeur fibreuse profonde, altération du cœur, etc.

J'ai dit que la lésion organique était le fait principal de la ma-

ladie. Ceci mérite explication. La proposition n'est pas contestable quand la lésion organique a toujours été locale et sans racines appréciables dans l'ensemble : loupe, hypertrophie, anévrysme, etc. Ailleurs, il y a eu primitivement une affection à laquelle il convient de rattacher la lésion organique; mais, ou bien cette affection n'existe plus, ou bien l'altération des tissus est telle que leur retour à l'état hygide n'est plus possible. Soit pour ce dernier motif, soit parce que l'affection, si elle dure encore, est incurable, la lésion irrésoluble constitue pratiquement le fait majeur, celui d'où viennent les désordres et le péril actuel. Ces lésions remplissent assez les conditions signalées plus haut pour être appelées organiques.

Les produits plastiques dont je parle sont de natures très-diverses : hypertrophie, atrophie, altérations de la trame organique par suite de l'apparition d'éléments anormaux simplement interposés ou remplaçant les tissus sains. Je laisse de côté la question débattue aujourd'hui relativement au mécanisme de ces dégénérescences. Sont-elles le produit d'un blastème au sein duquel l'élément nouveau s'organise? Est-ce seulement la prolifération exagérée de cellules normales? En ce moment, on peut adopter l'une ou l'autre de ces opinions, sans que la conclusion rejaillisse sur la thérapeutique.

Certains de ces produits sont sécrétés par un kyste. Ailleurs, le kyste représente simplement une enveloppe protectrice; il y a enfin des produits non isolés ou incomplètement isolés, dont les prolongements pénètrent irrégulièrement à travers les tissus sains.

Les périls d'une lésion organique viennent de ses conséquences.

Celles-ci sont dynamiques, mécaniques. Dans le premier cas, l'organe est entraîné à des réactions fâcheuses. Dans le second, il est altéré dans sa configuration. L'organe est lui-même le siége primitif du mal, ou bien il subit l'influence d'un mal voisin.

La gravité du cas est proportionnelle à celle des désordres anatomiques et dynamiques.

Certaines lésions plastiques marchent rapidement vers leur période de décadence, époque où les désordres dont je viens de parler sont portés à un degré qui les rend mortels. Ces lésions sont appelées *malignes*. Les plus malignes sont celles qui sont susceptibles de se reproduire.

A l'extrémité opposée des lésions malignes on trouve des lé-

sions dont la progression est tellement lente qu'elles peuvent rester inoffensives pendant toute la durée de l'existence. Celles-là ne nuisent que lorsque, par leur siége, par leur volume, elles gênent l'action instrumentale d'un organe.

Les faits prouvent que le développement extraordinaire du produit morbide le moins offensif peut, à lui seul, avoir des conséquences graves pour un sujet peu vigoureux. Je connais le fait d'un enfant mort d'épuisement à l'âge de deux mois; il était atteint d'un lipôme congénital, qui avait en peu de temps dépassé le volume de la tête. Cette puissante végétation absorbait une grande quantité de sucs nourriciers, au préjudice du reste de l'organisme.

Tout étant égal, un produit plastique enkysté est moins dangereux.

Les préceptes thérapeutiques ressortent naturellement de ce qui précède. Voici les principaux :

Prévenir les lésions organiques par un traitement prophylactique. Ce que j'ai dit de ce dernier me dispense de tout commentaire.

Je n'ai pas davantage besoin de revenir sur le traitement palliatif, qui est nécessaire quand l'intervention chirurgicale est interdite.

Celle-ci se réalise de deux manières : 1° on élimine le mal à l'aide du caustique quand les dimensions sont médiocres, ou bien au moyen de l'instrument tranchant; 2° on enlève au mal les conditions nécessaires à son existence; c'est ce qu'on fait quand on empêche le sang d'arriver dans une tumeur anévrysmale à l'aide de la ligature ou de la compression, quand, à l'aide d'une phlegmasie provoquée, on obtient l'oblitération d'une cavité séreuse, siége d'une sécrétion morbide, d'un kyste, des vaisseaux d'une tumeur érectile, etc.

Ce n'est pas ici le cas de parler des dangers attachés à l'opération chirurgicale. Il en est cependant un que je dois mentionner, parce qu'il se rattache particulièrement à mon sujet, et parce qu'il n'est pas généralement connu. Toutes les fois qu'on attaque par l'instrument tranchant une tumeur volumineuse et existant depuis longtemps, cette suppression subite entraîne un changement considérable dans le système et trouble son équilibre actuel. C'est une épreuve au-dessus des forces de certains individus. Un fait

fera comprendre ma pensée. Pelletan raconte qu'il enleva à un homme de 60 ans un lipôme pesant 22 livres. L'opération se fit sans accidents. Mais, à partir de ce moment, le malade s'affaiblit progressivement et mourut. On doit prévoir une pareille éventualité, et si l'on a cru devoir opérer, on la conjurera par les toniques, par les cordiaux.

Le danger le plus redoutable, en ce qui concerne les tumeurs dites malignes, est leur reproduction. Ce danger pourra être prévenu en enlevant minutieusement la totalité du mal, et en soumettant le sujet guéri de son opération à un traitement métasyncritique, d'après les règles exposées plus haut.

ARTICLE IV. — TRAITEMENT DES MALFORMATIONS.

La *malformation* est une lésion organique immobilisée. L'organe est plus ou moins éloigné de sa structure, de sa forme normales, mais l'action vitale est saine. Les conséquences d'une malformation sont exclusivement de l'ordre mécanique, instrumental.

La malformation n'est donc pas une maladie par elle-même, mais elle peut être cause de maladie, et même de mort. La malformation, parfaitement tolérée, blesse l'amour-propre du sujet, ou constitue un empêchement pour la profession qu'il a choisie.

L'opération chirurgicale seule peut remédier à une malformation. Cette opération est de rigueur lorsque la malformation rend impossible une fonction importante, l'imperforation de l'anus, par exemple. L'opération qu'exige l'imperforation du vagin peut être renvoyée à l'époque de la puberté.

La malformation expose à des accidents morbides. Telle est une hernie. Pour éviter l'engouement, l'étranglement, on la maintient réduite à l'aide d'un bandage, servitude très-supportable, grâce à laquelle le sujet porteur d'une hernie devient l'égal de celui dont la santé ne laisse rien à désirer.

La malformation apporte un obstacle plus ou moins sérieux à une fonction dont l'entière régularité n'est pas indispensable, mais n'en est pas moins très-désirable : bec-de-lièvre, division du voile du palais, anus contre-nature, fistule vésico-vaginale, etc.

Une partie des inconvénients de la malformation disparaît à l'aide de certains moyens auxiliaires : lunettes pour les myopes,

pour les presbytes; membres artificiels pour les amputés, etc. Ce sont là des traitements palliatifs. L'ouverture artificielle d'un canal fermé par une atrésie reconnue incurable est encore un traitement palliatif.

Les opérations proposées pour la guérison radicale des malformations qui ne prédisposent pas à la maladie, sont dites opérations de *complaisance*. Quelles sont les règles qu'il faut suivre en ce qui concerne ces opérations ?

Le peu de gravité de l'opération, l'importance du prix attaché au service rendu, sont une raison décisive pour agir. On n'hésite pas à opérer un bec-de-lièvre, une fistule vésico-vaginale, un anus contre-nature, etc.

Plus l'opération est susceptible de se compliquer d'accidents graves, plus on réfléchira avant de l'entreprendre. Les avantages qu'en retirera le patient justifient-ils les risques qu'on lui fait courir ?

Un praticien expérimenté peut seul résoudre un pareil problème, dont les éléments varient selon les circonstances particulières du fait. Il y a telles éventualités où l'amputation d'un membre elle-même doit être approuvée.

On dira la vérité entière au sujet, et, si c'est un enfant, aux parents ; leur assentiment est indispensable.

Sauf les cas où le sujet doit coopérer par son intelligence, et ceux où la longueur de l'opération exige une grande résistance vitale, il convient d'opérer dans le jeune âge, à cause de la puissance plastique habituelle aux enfants et qui est si favorable aux restaurations. Toutefois, on attendra le temps nécessaire pour que la vie extra-utérine soit solidement établie.

En ce qui concerne les malformations provenant de maladie, la prophylaxie consiste dans un bon traitement curatif de cette maladie. Quant aux malformations congénitales, tout ce qu'on peut faire pour les prévenir repose sur l'hygiène du mariage, de la conception, de la grossesse.

ARTICLE V. — TRAITEMENT DES MALADIES AIGUES, DES MALADIES CHRONIQUES.

La durée d'une maladie est, en thérapeutique, un fait secondaire dépendant d'un autre fait qui fournit l'indication principale, à savoir : la nature de la maladie.

Qu'une maladie soit aiguë ou chronique, il y a un problème à résoudre avant tous les autres. La viciation est-elle surbordonnée à une provocation? ou bien existe-t-elle par elle-même? Dans le premier cas, le traitement est adressé à la cause provocatrice; dans le second, il s'adresse à la viciation.

Je n'ai rien à ajouter à ce que j'ai dit du traitement étiologique. Il consiste toujours essentiellement à soustraire le sujet à l'influence d'un stimulus malfaisant. Bien que j'aie parlé aussi des maladies indépendantes ou affectives, il me paraît opportun de donner, en ce qui concerne les affections aiguëes ou chroniques, des explications dont la thérapeutique doit profiter.

§ I. Traitement des affections aiguës.

Quelques mots rappelleront au lecteur ma manière de concevoir l'affection aiguë.

L'affection aiguë est une viciation de l'ensemble parvenant promptement à sa période d'état, improvisant dans les organes des altérations également accélérées dans leur marche ascendante, et provoquant des intolérances dans tous les lieux sympathiques.

Une perturbation aussi grande et aussi brusquement introduite ne peut durer longtemps, parce qu'elle use vite les forces, parce qu'elle porte une atteinte grave au fonctionnement hygide. La continuation de la vie n'est possible que par la guérison ou par l'atténuation de cet état.

L'affection aiguë est donc une émotion passagère, accidentelle. Le mot émotion est exact, car les phénomènes présentés par cette affection se rattachent à une lésion de la sensibilité, faculté essentiellement muable, mobile, la plus prompte à s'exalter comme aussi à s'apaiser. Je compare volontiers l'affection aiguë à ces orages passionnels dus à des causes fortuites externes ou internes qui entraînent l'âme et qui, une fois passés, laissent celle-ci aussi sereine, aussi libre qu'auparavant. L'affection chronique rappellerait, au contraire, les passions invétérées dues à un vice permanent du caractère.

La violence de l'affection aiguë peut être telle qu'elle domine et opprime l'instinct médicateur. Si, pendant ce temps, les désordres s'aggravent, se multiplient outre mesure, la maladie est mortelle. Mais si cet instinct médicateur parvient opportunément

à prendre le dessus, à entrer en action, la maladie rétrograde en moins de temps qu'elle n'en a mis à s'établir. Grâce à l'activité, qui est un des traits saillants de la maladie aiguë, la période de restauration est rapidement et complètement accomplie.

Une affection aiguë modérée ne porte aucune atteinte à la faculté médicatrice. Plus celle-ci reste entière, plus la maladie accuse les caractères d'une fonction bienfaisante.

Avec ces prémisses, il devient aisé de formuler les règles fondamentales de la thérapeutique des affections aiguës.

Puisque, pendant le cours et surtout au commencement d'une affection aiguë, ce qui prédomine est un éréthisme de l'ensemble et des parties, cet éréthisme doit attirer particulièrement l'attention du praticien. En le calmant s'il est excessif, on prévient, on modère les orages sympathiques, et l'on empêche les localisations de s'étendre jusqu'au degré où les organes sont mis hors de service. On se gardera d'aller au-delà du nécessaire. S'il y a des lésions inutiles, dangereuses, qui doivent être combattues, il en est aussi qui sont bienfaisantes et dont il faut favoriser l'établissement.

Le choix des agents de sédation est très-important; les évacuations sanguines ne sont pas toujours indiquées. Les forces radicales doivent être respectées, et il convient de tenir la maladie au ton d'activité dont elle a besoin pour la guérison. Les maladies aiguës, cela est en rapport avec l'idée que je viens d'en donner, provoquent plus que les autres des complications; l'enlèvement de ces complications est une indication urgente ; c'est le moyen le plus efficace de sédation, de régularisation.

Sauf les cas où, dès l'invasion, un mal irréparable et mortel est accompli, la faculté médicatrice reste entière *in posse*, sinon *in actu*. Elle est opprimée par la violence de la maladie. Les obstacles étant enlevés, l'organisme déploie sa puissance salutaire avec l'assurance et la rapidité dont j'ai parlé. Favoriser l'essor de la faculté médicatrice, tenue en échec; agir promptement et savoir allier la hardiesse à la prudence, telle est la difficulté de ces traitements.

Dans les affections aiguës graves, le malade cotoie aussi bien la mort que la guérison. Un pas de plus dans le sens de la déviation, et il est perdu. Un pas de plus dans le sens de la restauration, et il est sauvé. L'essentiel est de communiquer aux bons

instincts l'énergie nécessaire. Ces instincts ne faiblissent que trop souvent. Le praticien est alors semblable à l'homme d'État qui, ayant à rétablir la paix dans une cité violemment troublée, a non-seulement à la protéger contre les perturbateurs, mais encore à échauffer le zèle des hommes d'ordre qui se défendent mal.

Quant aux cas nombreux où la faculté médicatrice ne subit aucune entrave, où tout concourt régulièrement vers la solution, il suffit de les reconnaître et de ne pas en déranger la marche par une médecine turbulente.

Telles sont, à mon sens, les idées mères de la thérapeutique des affections aiguës; je renvoie, pour le reste, aux chapitres des méthodes et des traitements prophylactique, curatif et palliatif.

Les types aigus, chroniques, bien accentués, sont aisément reconnaissables; mais on rencontre des cas intermédiaires servant de transition et sur lesquels je dois m'expliquer.

Les faits suivants donneront une idée d'une série de ces cas.

Sydenham[1] raconte l'observation d'une femme souffrant de la dysenterie depuis trois ans. Cette dysenterie s'était formée sous l'influence d'une constitution médicale inflammatoire. Sydenham traita cette malade par la saignée, et la guérit rapidement. Des rhumatismes chroniques nés pendant la même constitution, cédèrent avec la même facilité aux évacuations sanguines suivies du petit-lait, d'un régime végétal rafraîchissant. Stoll a vu des hydropisies chroniques exigeant, comme les hydropisies aiguës observées en même temps, un traitement antiphlogistique, etc. Que sont des faits de ce genre? Si l'on ne considère que la durée, la modération des symptômes, la tolérance de la part de l'ensemble, ce sont des maladies chroniques.

D'un autre côté, la rapidité de la guérison prouve que la faculté médicatrice était entière, et seulement arrêtée dans son action curative par un obstacle qu'il a suffi d'enlever. Les choses se passent ainsi dans les maladies aiguës, et au point de vue thérapeutique, ce trait me paraissant décisif, ces cas sont donc pour moi des maladies aiguës prolongées, des pseudo-chroniques. Leur traitement est au fond celui des aiguës.

Dans une seconde série, nous trouvons des maladies ayant essentiellement la nature chronique, et qui, exceptionnellement

[1] Sydenham; *Œuvres de médec. pratique*, édition de Baumes, tom. I, pag. 218.

et dès le début, prennent les allures des maladies aiguës (vélocité de l'évolution, intolérances). Ce sont, à mes yeux, des chroniques à marche hâtive, des pseudo-aiguës. Toutefois, comme un péril prochain peut résulter de cette précipitation des mouvements morbides, il faut s'efforcer de ralentir la marche de ces mouvements, ainsi qu'on le pratique pour les maladies aiguës dangereuses par trop de fougue. Ces maladies sont les plus difficiles à traiter, les plus redoutables, parce qu'elles réunissent les inconvénients des aiguës et des chroniques. Tel est le cas d'une phthisie galopante, par exemple.

Lorsqu'il a été question de l'acuité, de la chronicité, j'ai dit par quel mécanisme et à quelles conditions une maladie aiguë devenait chronique. Il me suffit d'ajouter ici qu'un bon traitement curatif est le seul moyen de prévenir ce genre de mutation.

Il y a des affections (rhumatismales, catarrhales, scorbutiques, etc.) qui sont susceptibles d'être, dès leur début, tantôt aiguës, tantôt chroniques. Elles réclament un traitement correspondant. En présence d'une de ces affections à l'état aigu, on tiendra compte de la facilité de leur passage à l'état chronique, et l'on modifiera en conséquence la conduite thérapeutique.

Les scènes aiguës n'étant pas rares pendant le cours d'une maladie chronique, nous retrouverons le même sujet dans le paragraphe suivant.

§ II. **Traitement des affections chroniques.**

L'affection aiguë est un accident, une lutte de courte durée entre les bons et les mauvais instincts, lutte qui se termine bien ou mal, selon que les uns ou les autres ont le dessus.

Bien différente de cela, l'affection chronique est une viciation constitutionnelle; elle atteint ce qui, dans chacun de nous, imprime à la vie un ton, un caractère spéciaux et permanents. Elle a donc des racines tenaces et profondes. L'organisme, loin d'opposer à la maladie des mouvements contraires, est consentant et en favorise le développement ; les actes médicateurs qu'on rencontre sont palliatifs et non curatifs. Ils sont si peu curatifs qu'ils font durer la maladie. Ce dernier but est atteint à la condition que ces actes seront modérés et arrangés de manière à être faiblement offensifs, à respecter l'essentiel du fonctionnement hygide, à former avec ce der-

nier une association pacifique qui parfois se prolonge indéfiniment. L'affection chronique doit donc être considérée comme un tempérament morbide. Elle est, comme le tempérament, une modalité fixe de l'ensemble, donnant aux parties une impulsion homogène, synergique, ayant ses produits propres, susceptibles d'être tolérés. Toutefois, un tempérament morbide, constituant un état d'équilibre bien moins stable que le tempérament hygide, a plus de tendance à exagérer, à mal placer ses manifestations. Ne soyons donc pas surpris si très-souvent les actes accomplis perdent tôt ou tard leur régularité, leur innocuité, s'ils provoquent des perturbations qui inaugurent une période d'hostilité et de décadence.

Il peut arriver, les circonstances étant favorables, qu'une révolution s'opère spontanément, à la suite de laquelle l'organisme transformé change la direction de ses mouvements et parvienne ainsi à la guérison; mais ces cas sont rares, il ne faut pas y compter. La méthode naturelle curative n'est pas de mise dans le traitement des affections chroniques. Quant aux maladies qui parcourent lentement leur carrière, portant avec elles, dès le principe, ce qui est nécessaire à leur solution, j'en ai formé un groupe intermédiaire sous le nom de maladies aiguës prolongées.

Cet exposé sommaire me permettra de formuler les règles générales du traitement des affections chroniques.

Les difficultés de ce traitement proviennent de la nécessité de régénérer la nature vivante entière, qui est viciée de longue main, souvent depuis la conception, et de plus en plus engagée dans sa mauvaise voie par l'habitude. Les racines sont profondes et multiples; si toutes ne sont pas coupées, l'affection persiste, et ses actes manifestateurs, un temps interrompus, reparaissent. La longueur, le caractère du travail curatif, exigent de la part du malade une patience, une énergie de volonté et des sacrifices qu'on n'obtient pas toujours.

Toutes les affections chroniques sont graves, en ce sens que leur guérison radicale est difficile. Mais il en est qui sont bénignes, en ce sens qu'on peut les atténuer et obtenir la prolongation de l'association pacifique dont j'ai parlé. Un avantage particulier au traitement des maladies chroniques est qu'on n'est pas forcé, comme cela arrive souvent pour les aiguës, de prendre subitement un parti. On a du temps devant soi pour établir le diagnostic, pour choisir le moment favorable à l'efficacité des agents thérapeutiques.

Le traitement, quel qu'il soit, doit être dirigé de façon à conserver, et au besoin à améliorer les grandes fonctions. Le bon état des forces est utile de toute manière; c'est une condition heureuse pour la guérison, et en cas d'insuccès le sujet est en mesure de résister pendant la période d'intolérance. L'alimentation est le meilleur des toniques ; aussi faut-il soigner particulièrement la digestion et la nutrition.

Après cette vue d'ensemble, j'énoncerai les préceptes applicables aux groupes principaux des maladies chroniques. Je laisse de côté, parce qu'il en a été suffisamment question plus haut, les maladies chroniques à cause locale. Je ne parlerai que de celles qui tiennent à une viciation du tempérament.

Le tempérament peut être vicié de deux façons : par altération de la quantité de l'action vitale, par altération de la qualité de cette action. Il n'y a que deux altérations possibles de la quantité : l'une est la suraction ou *sthénie* ; l'autre est la subaction ou *asthénie*.

L'affection sthénique, l'affection asthénique existent aussi bien dans les aiguës que dans les chroniques. Mais dans les aiguës elles dépendent de causes accidentelles, peu fixes, éliminables en peu de temps, sauf les cas mortels à court terme où, par leur énergie, elles réduisent les bons instincts à une complète impuissance. Dans l'état aigu, la suraction et la subaction se remplacent à moments rapprochés, apportant avec elles, selon les cas, des conséquences redoutables ou salutaires. A l'état chronique, les affections sthénique, asthénique, sont solidement constituées ; la nature vivante, loin de réagir contre elles, s'y abandonne entièrement.

L'affection sthénique appartient surtout aux maladies aiguës. Elle est rarement le fait initial et principal des maladies chroniques. On peut rencontrer néanmoins des chroniques primitivement sthéniques, et conservant longtemps ce caractère.

I. Traitement des affections chroniques par sthénie.

Une maladie chronique n'est pas sthénique par cela seul qu'elle présente dans son cours des scènes de suraction. Il faut, ce qui est bien différent, que cette sthénie en constitue le fond et suggère l'indication capitale que le traitement curatif doit remplir ; il faut,

en un mot, que cette maladie soit une affection sthénique. Nous savons que les affections sthéniques sont divisibles en deux groupes : dans l'un prédomine l'*éréthisme sanguin*; dans l'autre, l'*éréthisme nerveux*.

L'éréthisme sanguin, franc, libre de toute complication, et qui est connu sous le nom d'état inflammatoire, est rare à l'état chronique, surtout si on élague les cas de maladies aiguës prolongées. Les praticiens observent pourtant des rhumatismes, des hydropisies, des chloroses, parfois même des phthisies, etc., subordonnés à l'affection inflammatoire chronique. Quand il en est ainsi, le traitement est relativement aisé. Nous avons des moyens efficaces pour abaisser le ton de l'appareil vasculaire. Ces moyens, employés avec la modération et la constance commandées par les maladies chroniques, triomphent de l'opiniâtreté du mal.

Soit parce que l'éréthisme nerveux trouve plus de facilité à s'établir, soit parce que la médecine est moins bien armée contre lui, les maladies chroniques dont il est l'élément premier sont moins rares que les inflammatoires, et plus rebelles. Le traitement curatif se compose de calmants directs, de tempérants. C'est en traitant ainsi des cas de ce genre qu'un médecin du dernier siècle, Pomme, obtenait les succès qui le rendirent célèbre. Aujourd'hui, Pomme serait moins souvent heureux. L'état sthénique s'use plus vite et est remplacé en moins de temps par l'état opposé, qui devient de plus en plus dominant.

On rencontre des névroses qui, inflammatoires à leur début, sont ensuite névro-sthéniques, et deviennent enfin décidément asthéniques; elles réclament ainsi successivement les antiphlogistiques, les calmants nervins, et enfin les toniques. L'importance du diagnostic de ces changements successifs est évidente.

La difficulté d'apprécier exactement dans tous les cas le rôle des éléments sthénique, asthénique, a donné l'idée de traiter les névroses par la métasyncrise [1]. Les succès obtenus justifient les praticiens qui, dans les circonstances douteuses, tentent ces essais empiriques.

II. Traitement des affections chroniques par asthénie.

Il suit, de ce qui précède, que l'affection sthénique est moins susceptible que l'affection asthénique de prendre et de conserver

[1] Voir *Méthode perturbatrice*.

le caractère chronique. Si l'on réunit les maladies chroniques qui sont consécutivement asthéniques à celles qui l'étaient primitivement, ce chiffre dépasse de beaucoup celui des sthéniques.

Il convient d'abord de distinguer l'état asthénique *aigu* de l'état asthénique *chronique*. Le premier franchit aisément le degré où il est inoffensif; il influence vite et gravement les grandes fonctions; il affaiblit la résistance vitale, et, s'il n'est pas maîtrisé, la mort est prochaine. Le second respecte davantage les forces radicales, les use lentement et est longtemps compatible avec le fonctionnement hygide nécessaire. Il a fallu deux noms pour les désigner : l'un est l'*adynamie*, l'autre est simplement la *faiblesse*, deux choses fort différentes.

Ce serait me répéter[1] que d'indiquer ici les causes de la faiblesse. Je la suppose un fait acquis. Évidemment alors l'indication est de combattre l'alanguissement dans lequel la nature se complaît, de la contraindre à en sortir; c'est le seul moyen de réveiller, de soutenir les instincts médicateurs. On y parvient à l'aide de la méthode imitative telle que je l'ai exposée plus haut. Le mot d'Hippocrate : *Vetustos morbos primum recentes oportet facere* (*De locis in homine*, cap. III) est une intuition de cette méthode imitative. Il est certain que si l'on peut transformer une maladie chronique en aiguë, en évitant les inconvénients de l'acuité, on place le sujet dans des conditions favorables à la guérison. Cela réussit pour les chroniques locales, où domine l'insuffisance de l'action morbide. Pour que les produits d'une fluxion soient absorbés, pour qu'une phlegmasie parvienne à sa fin, il faut que le ton vital soit élevé au degré qui permette aux mouvements salutaires de s'établir, de se compléter, conformément à ce qui se passe dans les fluxions, dans les phlegmasies aiguës. On emploie des excitations locales, afin d'obtenir cette transformation. L'idée qu'en procédant ainsi on provoque une fièvre locale s'est naturellement présentée, et l'on s'est demandé si, en suscitant par des moyens analogues une fièvre générale, on ne pourrait pas faire passer à l'état aigu une maladie chronique de l'ensemble, et en obtenir ainsi la guérison. Cela ne faisait pas le moindre doute pour les anciens hippocratistes. Ils croyaient que dans les maladies aiguës la fièvre, quand elle n'est pas exagérée, remplit un rôle salutaire,

[1] Voir *Maladies chroniques*.

et j'ai dit en son lieu comment ils comprenaient l'utilité de ce rôle pour amener le moment (qu'ils appelaient *coction*) où, l'obstacle étant levé, la nature pouvait procéder à la restauration. Pourquoi, disaient-ils, ne pas chercher à obtenir les mêmes résultats dans les affections chroniques? Certaines de ces affections ne doivent-elles pas leur opiniâtreté à cette circonstance qu'elles sont apyrétiques, et ne sont-elles pas apyrétiques parce que l'organisme, étant consentant, complice, ne s'émeut pas de ce qui se passe, ne réagit pas?

La fièvre, artificiellement provoquée, passait donc pour être indiquée dans les cas d'affection chronique par asthénie. Aussi Barthez, en parlant de la méthode imitative, signale-t-il tout d'abord ce moyen: « Les méthodes empiriques imitatives, dit-il, tendent à déterminer la nature à des mouvements de fièvre ou autres conformes à ceux par lesquels la nature humaine guérit souvent des maladies semblables [1]. »

Parmi les écrits publiés pour réglementer ce mode de traitement, je signalerai celui de Fincke, intitulé: *De salubritate febris in morbis chronicis*; ceux de Dumas (de Montpellier) et de Pujol (de Castres), présentés en réponse à la question suivante mise au concours, en 1787, par la Société de médecine de Paris: « Déterminer dans quelles espèces et dans quels temps des maladies chroniques la fièvre peut être utile, et avec quelles précautions doit-on l'exciter ou la modérer dans leur traitement? » Le prix fut partagé entre Dumas et Pujol. Je rappelerai, en outre, la thèse soutenue par M. Fages, en 1820, à Montpellier, sous ce titre: *Recherches pour servir à l'histoire critique et apologétique de la fièvre*.

Cette thèse, publiée en plein broussaisisme, parut anti-médicale aux partisans de l'opinion régnante. Il ne pouvait en être autrement en partant du principe que la fièvre a exclusivement pour raison d'être la phlegmasie d'un organe: toute fièvre est donc symptomatique, sympathique, de pure souffrance. La question de l'utilité, posée en ces termes, n'est pas soutenable; ceux-là seuls qui admettent des fièvres synergiques peuvent la prendre en considération.

Une synergie fébrile peut-elle remplir un rôle thérapeutique? Cela n'est pas douteux quand on songe aux pyrexies spontanément

[1] Barthez; *Traité des maladies goutteuses*, tom. I, préface, pag. 16

et régulièrement coordonnées pour la solution. Connaissons-nous des cas où la fièvre, intervenant pendant le cours d'une maladie chronique, a contribué à la guérison de cette dernière? Rien de plus certain, si l'on consulte l'expérience. La thèse de M. Fages, ouvrage essentiellement d'érudition, renferme un grand nombre d'observations de maladies chroniques guéries par une pyrexie intercurrente. Jusqu'à quel point pouvons-nous imiter ce procédé naturel? quelles sont les circonstances favorables?

Examinons les faits de guérison spontanée. Ils sont de deux sortes. Dans une première série, il y a substitution d'une maladie à une autre : c'est, par exemple, une fièvre d'accès qui dissipe une hydropisie, c'est une variole qui guérit une phthisie, etc. Pour opérer artificiellement de pareilles substitutions, deux conditions sont indispensables : il faut pouvoir, avec quelque assurance, provoquer la maladie antagoniste ; il faut que cette maladie ne soit pas grave et que l'on puisse raisonnablement compter sur son effet curatif.

Les maladies que l'on fait naître à volonté ne sont pas nombreuses; elles se réduisent aux pyrexies contagieuses et inoculables, dont le chiffre est très-restreint. D'autres pyrexies dépendent d'une cause générale énergique (effluve marécageux, miasmes, influx épidémique, etc.), et l'on peut espérer qu'en plaçant le sujet dans le milieu où sévit cette cause générale, il contractera la maladie. Notre puissance en ce genre est bien limitée. Telle qu'elle est, devons-nous l'employer? Je ne le crois pas, par la raison que la seconde condition fait défaut.

Les observations de guérison d'une maladie chronique, même très-obstinée et très-dangereuse, la phthisie par exemple, moyennant l'intervention d'une variole, sont certaines, mais exceptionnelles. Un pareil résultat est dû à la réunion de circonstances particulièrement favorables que, dans l'état actuel de la science, il est impossible de reconnaître. Les cas où la situation d'un phthisique est aggravée par la variole étant les plus nombreux, l'emploi de l'inoculation de cette dernière est interdit.

Pour les mêmes motifs, on ne doit pas envoyer dans un pays marécageux un hydropique, un scrofuleux, un névropathique, etc., malgré les faits allégués en faveur de la possibilité de la guérison par la fièvre intermittente. En premier lieu, on expose le sujet à des accès pernicieux. En second lieu, l'expérience

a prouvé que la fièvre intermittente était le plus souvent une complication dont il importe de débarrasser le malade. En somme, la prudence veut qu'on tienne le malade à l'abri d'une fièvre d'accès, et, celle-ci survenant, on ne la respectera que si elle est bénigne et si sa présence coïncide avec une amélioration de la maladie chronique.

La respiration d'un air marécageux n'est pas le seul moyen de provoquer des accès de fièvre intermittents. Il en est un autre qui consiste à refroidir fortement le sujet, et à favoriser ensuite la réaction. Cela étant fait et répété à la même heure, on obtient d'ordinaire au bout de quelques jours une espèce de fièvre périodique qui survit à sa provocation et présente une certaine durée. Chez la plupart des malades chroniquement atteints, il est impossible de penser à une semblable pratique. Peu d'expériences ont été tentées chez les sujets jugés capables de la tolérer sans inconvénients. J'ai parlé[1] des essais de M. Sélade (de Bruxelles) contre l'épilepsie. Ce traitement a réussi dans deux cas. Ce succès est modeste. Les autres traitements préconisés contre l'épilepsie, moins pénibles, moins dangereux, font autant et même davantage. Il n'est pas surprenant que le procédé de M. Sélade ait eu si peu d'imitateurs.

Et pourtant, cela est incontestable, la perturbation violente et profonde amenée par une maladie aiguë, peut faire justice de la maladie chronique la plus rebelle. Si nous savions provoquer, dans les proportions voulues, la maladie aiguë qui convient dans un cas donné, il y aurait là un grand progrès thérapeutique ; mais ceci est un problème d'avenir sur lequel nous ne pourrons jeter quelque clarté qu'en étudiant de très-près les exemples heureux, fournis par la nature. Jusque-là, l'imitation de ces cas rares ne doit pas entrer dans la pratique régulière. C'est dans ce sens qu'on a dit : *rara non sunt artis*. Longtemps encore, plutôt que d'appeler de nos vœux, de chercher à susciter une maladie aiguë, sur un sujet déjà atteint chroniquement, nous devons au contraire nous efforcer de l'en préserver. Je crois volontiers le praticien qui m'affirme avoir vu un choléra guérir une hydropisie jugée incurable, une vaste brûlure guérir une épilepsie. Mais combien de fois, dans des circonstances analogues, la brûlure, le

[1] Voir *Maladies chroniques*.

choléra, ne seraient-ils pas essentiellement malfaisants? La première règle pour tout traitement est que nous puissions en régler l'économie; dès que nous perdons notre action directrice, le sort du malade est aventuré.

Je conclus que, jusqu'à plus ample informé, la thérapeutique dont je parle n'est pas acceptable, parce qu'elle est dangereuse. D'ailleurs, ainsi que je l'ai dit, vu le petit nombre des maladies provocables à volonté, notre choix serait très-restreint.

Que reste-t-il donc de la thérapeutique par la fièvre, admise par les anciens! Suivre à la lettre le mot d'Hippocrate : *Vetustos morbos primum recentes, oportet facere*; ne pas exposer l'affection chronique à une complication fâcheuse provenant de l'adjonction d'une maladie nouvelle, et se contenter de lui donner le degré d'activité qui est, dans les maladies aiguës, une circonstance favorable à la guérison. Nous employons, dans ce but, une hygiène, une pharmacologie toniques, excitantes. Ces moyens s'adressent à l'organisme entier, quand l'apathie, la lenteur des mouvements sont partout, ou bien à un appareil, lorsque celui-ci seul est au-dessous du ton convenable. Dans ce dernier cas, il faut prendre les précautions nécessaires pour que la stimulation n'atteigne pas les autres organes, surtout, ce qui n'est pas rare, quand ces organes sont surexcités eux-mêmes; exemple : une chlorose où l'asthénie vasculaire, quoique remplissant le rôle principal, existe en même temps qu'un certain degré d'éréthisme nerveux.

Si cette suraction vasculaire, provoquée artificiellement, peut être appelée fièvre, la fièvre est fréquemment indiquée dans certaines affections chlorotiques, scrofuleuses, tuberculeuses, etc., et ses avantages sont incontestables.

Cette excitation doit avoir lieu par des transitions ménagées. Si elle atteignait brusquement son apogée, le sujet serait exposé aux inconvénients qui sont attachés aux maladies aiguës intercurrentes. La sagesse veut donc que l'activité des agents soit méthodiquement croissante, et, de plus, qu'on maintienne le mouvement fébrile dans un état de modération tel qu'au besoin on puisse facilement reculer. La fièvre non tolérée n'est pas bienfaisante. Le lecteur se souvient que son utilité n'est possible que tout autant qu'elle est synergique. En conséquence, on ne s'exposera pas à allumer une fièvre de pure sympathie.

Il y a dans la vie, dans l'année, des époques qui sont favo-

rables au traitement par excitation fébrile; ce sont la puberté, le printemps, le commencement de l'été. L'organisme offre alors des tendances dans le sens du but qu'on veut atteindre, tendances dont le praticien doit se ménager le secours, lorsqu'il peut attendre sans inconvénient.

Les contre-indications se présentent d'elles-mêmes. J'ai dit que la fièvre devait être tolérée. On rencontre des cas où la faiblesse s'accompagne d'une irritabilité telle que les agents les plus faiblement excitants sont hostiles. Si, malgré des efforts de sédation préalables; si, malgré les correctifs de tout genre, l'intolérance continue, on est obligé de s'arrêter. Le traitement dont je parle exige des forces radicales suffisamment conservées, des parties en état de supporter sans encombre le surcroît de travail qu'on leur impose. Ces conditions font défaut à la période de cachexie des maladies chroniques. A cette époque, le traitement tonique, excitant, ne peut être que palliatif et doit être surveillé, réglé, de manière à ce que les organes dont la capacité fonctionnelle est altérée ne soient pas surmenés. La vieillesse avancée est une de ces cachexies. Les actions qui jusque-là étaient avantageuses deviennent funestes, parce que les conditions organiques nécessaires ne sont plus les mêmes. Une surexcitation un peu forte serait nuisible à un vieillard. Jacques Ier, roi d'Angleterre, était depuis longtemps sujet à une pyrexie qui revenait chaque printemps, se résolvait facilement, et à laquelle ce prince attribuait la santé dont il jouissait le reste de l'année. Il avait coutume de dire que la meilleure médecine, pour un roi, était la fièvre au printemps. Devenu vieux, et cette même fièvre revenant, ses amis en tiraient le même bon augure que par le passé, et lui rappelaient son mot favori. Il répondit : « La fièvre, au printemps, n'est bonne que pour un roi jeune. » Son pressentiment ne le trompait pas, car il en mourut. La fièvre était la même, mais l'organisme qui devait en être l'acteur et le théâtre se trouvait bien changé par la cachexie sénile.

III. Traitement des affections chroniques où l'action vitale est lésée dans sa qualité.

La *suraction*, la *subaction*, peuvent se rencontrer partout comme accident, comme complication ou d'une manière normale, et sont fréquemment l'objet d'indications importantes. Il n'en est pas

moins vrai que dans beaucoup de maladies chroniques le fait initial, celui d'où tout procède, est inexplicable par l'élévation, par l'abaissement de l'action vitale. Malgré les prétentions contraires qui s'élèvent de temps à autre par désir de simplification, on est convaincu que les affections cancéreuse, goutteuse, tuberculeuse, syphilitique, etc., sont irréductibles à l'affection, soit sthénique, soit asthénique. Un syphilitique peut être fort ou faible, cela ne change rien à la nature de la maladie. Le traitement qui lui convient n'est ni sédatif, ni tonique. Ce traitement, comme celui de toutes les diathèses par lésion qualitative, a été découvert après de nombreux tâtonnements. La plupart de ces diathèses sont spécifiques, on ignore ce qu'est en soi la modification intime qui les constitue, et par conséquent celle qui les guérit.

Certainement les occasions sont nombreuses où l'on a recours à la méthode naturelle ou bien à la méthode analytique. On fait de la méthode naturelle lorsqu'on suit la direction indiquée par des mouvements spontanés qui ont eu des résultats palliatifs ; on emploie la méthode analytique lorsqu'il s'agit de combattre une complication, un acte morbide inutile ou dangereux ; mais c'est par l'une ou l'autre des méthodes empirique, perturbatrice, imitative, spécifique, que l'on attaque la viciation obstinée qui fait le fond de la maladie.

J'ai dit les cas [1] où chacune de ces méthodes est particulièrement indiquée. Quel que soit le choix, on ne guérit qu'à la condition d'une transformation complète. Il faut changer un tempérament et remplacer le vieil homme par un homme nouveau. On empruntera à l'hygiène, à la pharmacologie, à l'hygiène surtout, leurs agents les plus puissants, mitigés d'abord, pour ne pas provoquer des intolérances funestes; on en continuera longtemps l'usage, même après la disparition des symptômes, de manière à ce qu'ils déploient progressivement la totalité de leur vertu, et qu'ils ne laissent dans l'ensemble rien qui puisse amener une rechute.

C'est, en effet, l'ensemble qu'il faut à fond modifier. Voilà pourquoi l'hygiène, qui atteint incessamment l'individu *intus et extrà*, est si avantageuse. L'agent pharmacologique doit, autant que possible, faire de même et passer à l'état de régime habituel.

[1] Voir *Méthodes thérapeutiques.*

Beaucoup de médecins n'accordent pas à ces considérations l'importance qu'elles méritent. Cette importance a été, toujours et sans interruption, enseignée à Montpellier. Le passage suivant, emprunté à MM. Trousseau et Pidoux, prouve que les bons praticiens l'apprécient et savent l'exprimer avec l'accent de la conviction :

« Morton traitait ses malades atteints de phthisie scrofuleuse comme des scrofuleux ; ceux atteints de phthisie scorbutique comme des scorbutiques, et cela avec méthode, et surtout avec constance et opiniâtreté. Il modifiait son traitement selon les saisons, et, à l'imitation des pères de l'art, faisait la plus grande attention au tempérament, aux circonstances héréditaires, aux habitudes pathologiques de ses malades, aux périodes des âges et aux affections qui leur semblent attachées presque naturellement. C'est à cet ensemble de considérations vraies et capitales, d'où il tirait ses indications thérapeutiques, qu'il devait sans doute les succès qu'il a prônés avec trop d'entraînement et d'apparence de bonne foi, pour qu'il faille les nier absolument; et c'est parce que nous sommes trop préoccupés des points de diagnostic local que l'anatomie pathologique et l'auscultation nous permettent d'étudier et de reconnaître avec une facilité et une sûreté que nous serions presque tentés de dire fâcheuses, si l'abus seul n'était pas responsable des écarts qu'un usage légitime doit et peut changer en progrès ; c'est parce que nous concentrons toutes nos recherches sur des éléments de la phthisie qui malheureusement servent peu à éclairer la thérapeutique de cette triste maladie, que peut-être Morton nous était supérieur à cet égard. Loin que les découvertes modernes fassent dédaigner les principes consacrés par le temps, ajoutons les premières à ceux-ci. Ainsi, pour ce qui regarde la phthisie, c'est le seul moyen d'utiliser nos acquisitions récentes. Seules, nous voyons assez depuis vingt ans combien elles sont infécondes [1]. »

Les phrases qui précèdent contiennent implicitement un précepte que je dois dégager et nettement formuler : plusieurs maladies diathésiques sont subordonnées à une autre diathèse, ou en sont compliquées. Nous venons de voir qu'il y a des phthisies

[1] Trousseau et Pidoux ; *Traité de thérapeutique et de matière médicale*, tom. I, pag. 472, édition de 1836.

gouvernées par l'affection scrofuleuse, par l'affection scorbutique, etc. On rencontre pareillement des névroses chroniques qui dépendent d'une affection herpétique, rhumatismale, goutteuse[1], etc. Évidemment alors, le principal du traitement doit s'adresser à l'affection mère.

Il suffit de rappeler que lorsque la diathèse est incurable, l'indication est de la mitiger, de la faire durer à l'aide du traitement palliatif.

Les diathèses qui prennent les allures aiguës doivent être ramenées à leur forme naturelle, qui est la chronique. Si on y parvient, ce qui d'ordinaire est fort difficile, on pose la question de la curabilité ou de l'incurabilité, et l'on se conduit en conséquence.

Le traitement des affections chroniques comprend donc deux traitements: celui de la diathèse, toutes les fois qu'il est possible et qu'il faut continuer longtemps, et fréquemment toute la vie ; celui des manifestations morbides, des complications, des accidents, qui varie selon les circonstances, mais dans lequel on ne doit jamais perdre de vue l'influence que peut exercer le tempérament diathésique du sujet.

Les difficultés rencontrées par le médecin sont nombreuses. Les plus grandes sont : l'hérédité, qui implique toujours une viciation profonde et obstinée, et l'impossibilité d'obtenir du sujet le concours nécessaire au succès d'une thérapeutique aussi longue, aussi minutieuse, aussi complexe.

Les circonstances favorables sont : la docilité du malade, disposé à faire tout ce qui convient en hygiène, une diathèse acquise et de formation récente, la jeunesse, le bon état des forces.

[1] Voir *Diathèse*.

SECTION QUATRIÈME

LES AGENTS THÉRAPEUTIQUES

Sous ce titre, je parlerai du mode d'action de ces agents, et j'exposerai les problèmes qui se rattachent particulièrement à ce mode d'action.

Pour prévenir, guérir, pallier une maladie, je ne conçois rien en dehors de ceci : ou bien je respecte, je favorise le développement de ce qui est, ou bien je le contrarie. De là, deux modes d'action, sans contredit les plus généraux, et que je dois étudier en premier lieu.

Ces modes sont le mode *homœopathique*, le mode *allopathique*.

Cette division de l'action thérapeutique n'est pas la dichotomie proposée par les anciens méthodistes, et que l'on retrouve au fond des doctrines de Brown et de Broussais. Ces médecins n'admettaient que deux éléments formateurs des maladies, la *suraction*, la *subaction*. Je n'enferme pas, ainsi qu'on l'a vu, la pathologie dans un cercle aussi étroit. Il y a un grand nombre d'allopathies, d'homœopathies, inexplicables par la quantité de l'action.

Je regrette, en outre, d'employer des mots qui, depuis Hahnemann, ont été détournés de leur signification naturelle. Le lecteur voudra bien se rappeler que, pour moi, thérapeutique *homœopathique*, thérapeutique *allopathique*, veulent dire : la première, action exercée dans la direction des mouvements morbides existants; la seconde, action exercée dans une direction différente. Je ne reconnais pas deux médecines, l'une exclusivement homœopathique, l'autre exclusivement allopathique. J'admets au contraire que, dans le traitement d'une même maladie, on emploie fréquemment l'un et l'autre procédé, selon l'indication. Lorsque, au début d'une variole, par exemple, nous combattons par les antiphlogistiques une complication inflammatoire, nous

faisons de l'allopathie. A l'allopathie succède l'homœopathie, si par des actions semblables aux actions spontanées nous facilitons l'évolution naturelle de la variole. En parlant ainsi, je me tiens loin de la doctrine dite *homœopathique*, sur laquelle d'ailleurs j'aurai plus tard à m'expliquer.

Il y a un mode allopathique, un mode homœopathique; mais à aucun d'eux ne se rattache une série particulière d'agents. Le même agent peut servir à l'allopathie, à l'homœopathie, selon la sensibilité, la réactivité actuelles du sujet; trop souvent même l'effet souhaité n'est pas celui que nous attendions; en conséquence, je n'admets pas qu'il existe des médicaments essentiellement allopathiques et des médicaments essentiellement homœopathiques.

CHAPITRE PREMIER

MODE ALLOPATHIQUE. — MODE HOMŒOPATHIQUE.

ARTICLE PREMIER. — MODE ALLOPATHIQUE.

Ce mode comprend tout ce qui contrarie plus ou moins l'évolution d'un mouvement morbide. L'antagonisme n'est donc qu'un genre, le plus complet sans doute, de l'allopathie. Entre l'antagonisme, et la similitude il y a des nuances infinies. Le mot grec ἄλλος signifie seulement *autre*, et non *contraire*. Tout ce qui est *autre* appartient donc à l'allopathie. A ce compte, le domaine de l'allopathie est vaste.

La première idée née en présence d'une maladie a été certainement une idée allopathique. Plus tard, on a vu qu'il y avait souvent péril à contrarier les mouvements naturels, et on a reconnu les avantages de l'homœopathie. Les médecins naturistes ont été les premiers homœopathes. Les partisans conséquents de l'opinion qui veut que toute maladie dépende d'une lésion d'organe, toujours funeste et qu'il faut arrêter, sont des allopathes plus savants que les allopathes des premiers jours, mais aussi exclusifs qu'eux.

La langue médicale vulgairement adoptée s'est formée sous l'influence de l'allopathie, et est plus favorable à cette dernière qu'il ne le faudrait. Les médecins les plus instruits se surprennent à dire, comme tout le monde : j'ai combattu avec succès contre

telle maladie, lorsque, loin de lui être hostile, ils en ont respecté la libre évolution. Si, comme il faut le croire, la nature est le véritable auteur de la guérison, les cas où elle se suffit pour cela sont autant de cas indiquant la thérapeutique par les semblables. L'allopathie et l'homœopathie bien comprises trouvent donc fréquemment leur place légitime. Toute discussion sur leur plus ou moins d'utilité, toute aspiration à la souveraineté exclusive, sont essentiellement puériles. C'est par leur association, par leur remplacement selon l'indication actuellement dominante, que l'on atteint le but thérapeutique cherché.

L'allopathie est un des moyens de la méthode naturelle lorsqu'on atténue une action exubérante, lorsqu'on excite une action languissante.

Sa place est plus considérable dans les autres méthodes, puisqu'elles ont toutes pour objet de combattre, soit un élément de la maladie (méthode analytique), soit la totalité de cette maladie (méthodes empiriques).

Cette vérité a été contestée pour la méthode spécifique, sous le prétexte que, le mode d'action du moyen thérapeutique étant inconnu, on ne peut dire s'il a lieu par allopathie ou par homœopathie. Ainsi limitée, cette opinion serait soutenable. Mais l'objection subsiste contre ceux qui pensent que le spécifique agit homœopathiquement. Aucune des raisons qu'on allègue n'est péremptoire. Le quinquina n'a jamais provoqué une fièvre d'accès chez un sujet vierge de toute prédisposition à cette maladie. Le mercure n'a jamais suscité la syphilis chez qui que ce soit. Le quinquina, le mercure, agissent avec d'autant plus d'efficacité que leur action est silencieuse. Il n'en serait pas de même s'ils guérissaient en substituant une maladie à une autre. En l'état, les faits, tels qu'il nous est permis de les observer, témoignent plutôt en faveur de l'allopathie que de l'homœopathie.

La détermination de l'action allopathique ou homœopathique dépend de l'idée que nous nous faisons de la nature de la maladie et des propriétés de l'agent thérapeutique. Aussi les Écoles qui professent des principes différents ne peuvent-elles guère s'accorder sur l'objet qui nous occupe. Dans les cas vraiment controversables, il convient de réserver son opinion et de rester modestement empirique jusqu'à ce que la lumière se fasse.

Les allopathies que j'ai signalées ont été suffisamment étudiées

dans ce qui précède. Il en est une, souvent employée, dont je n'ai parlé qu'incidemment, et qui mérite pourtant d'être traitée à part; je veux parler de l'allopathie par *contre-fluxion.* La contre-fluxion étant indiquée dans un grand nombre de maladies, constitue certainement un sujet ressortissant à la thérapeutique générale.

§ I. Allopathie par contre-fluxion.

Un aphorisme d'Hippocrate, un petit livre de Barthez, contiennent substantiellement toute ma théorie pratique de la contre-fluxion. L'aphorisme est bien connu : *Duobus laboribus simul obortis non in eodem loco, vehementior obscurat alterum.* L'ouvrage de Barthez est intitulé : *Mémoire sur le traitement méthodique des fluxions et sur les coliques iliaques qui sont essentiellement nerveuses.*

Hippocrate part du principe de l'unité vitale; dans un organisme comme le nôtre, deux opérations un peu importantes marchent difficilement ensemble et doivent se contrarier. En physiologie hygide, les choses se passent ainsi; par exemple, se livrer à un exercice violent pendant la digestion, c'est compromettre celle-ci. Pareillement en pathologie, de deux maladies à but différent, l'une tend à éliminer l'autre.

Tenons donc pour certain que l'organisme, à moins d'être dévoyé, tend à rentrer dans l'unité en réduisant à un seul deux travaux qui se font antagonisme. Cette idée, mise en relief dans l'aphorisme d'Hippocrate, est indispensable pour l'intelligence de la contre-fluxion. Il ne sera pas inutile d'apprécier la valeur des mots qui servent à l'exprimer.

Et d'abord je fais remarquer l'immense portée de cet aphorisme. On en constate partout la vérité. La vie hygide est une succession harmoniquement réglée de fonctions diverses par leur siége, par leur nature, par leur but prochain. Au moment voulu, chacune emploie les forces de l'ensemble, domine la précédente et s'efface à son tour devant celle qui suit. Cela est visible dans les opérations de durée relativement courte : veille et sommeil, digestion stomacale et digestion intestinale, nutrition, etc., comme aussi dans celles qui prennent un temps plus long : mutations provenant des alternatives saisonnières, révolutions des âges, grossesse et allaitement, etc.; dans chaque situation de la vie, il

y a un centre principal d'action organique; ce centre se déplace quand une autre situation devient prédominante. Passer de la maladie à la santé, de la santé à la maladie, d'une période morbide à une autre période, changer de maladie, etc., représentent autant de faits analogues. C'est toujours une activité différente grandissant aux dépens de celle qui précède, diminuant ensuite au profit de la suivante. Au besoin, la thérapeutique provoque de pareilles substitutions.

Πόνος signifie, il est vrai, douleur; mais son sens radical est labeur, ouvrage. On a donc bien fait de substituer *laboribus* à *doloribus*, qui se trouvait dans les premières traductions.

Il n'est pas indispensable que les deux travaux soient directement contraires; il suffit qu'ils soient divers, qu'ils ne collaborent pas pour la même fin. Les actes morbides produit du développement naturel d'une affection, et par conséquent synergiques, peuvent, quoique différents, marcher très-bien ensemble, ainsi que cela se voit dans le cours d'une maladie syphilitique, scrofuleuse, etc. Toutefois, même dans ces derniers cas, deux fluxions aiguës n'existent guère simultanément sans que l'une fasse plus ou moins obstacle à l'autre.

Plusieurs fluxions naissant dans les lieux différents d'un même organe obéissent à la même loi : ou bien l'une attire et absorbe l'autre, ou bien elles se joignent en gagnant les parties intermédiaires. Si chacune, restant dans l'isolement, progresse de son côté, c'est un signe d'ataxie. Les maladies dites pneumonie lobulaire, abcès multiples, métastatiques, sont des exemples de ce genre de rupture de l'unité.

Les mots *simul obortis* ne doivent pas être pris à la lettre; les deux fluxions ne débutent pas toujours au même moment, il suffit qu'elles se rencontrent. Souvent l'une survient lorsque l'autre a commencé.

Vehementior obscurat alterum. Ce serait mal comprendre *vehementior* si l'on pensait que la fluxion qui en efface une autre doit être nécessairement plus forte par son étendue, par son énergie intrinsèque. Une fluxion faible en soi peut trouver dans l'organisme des conditions, des aptitudes favorables qui ajoutent à sa puissance antagoniste. C'est du concours de l'ensemble que viennent alors sa force, son efficacité. — *Obscurat* est une expression heureuse signifiant, non-seulement une élimination complète,

mais aussi un arrêt, un amoindrissement; il existe une foule de degrés entre le moindre effet et le plus considérable.

Ces idées m'ont servi quand je me suis occupé des antagonismes morbides, des mutations des maladies, de la succession des périodes, des méthodes thérapeutiques, etc. Maintenant je dois les appliquer spécialement à la contre-fluxion.

Pour moi, comme pour Barthez, la fluxion est un mouvement qui porte le sang ou une autre humeur sur un organe particulier avec plus de force, et suivant un autre ordre que dans l'état naturel. Ce que je vais dire se rapportera aux fluxions sanguines, qui sont les mieux connues.

La fluxion est donc une lésion de la circulation dans laquelle le sang est poussé avec plus de force et irrégulièrement vers une partie. C'est une dérogation à la loi d'après laquelle la distribution du liquide nourricier se fait selon la mesure voulue pour l'accomplissement des fonctions hygides. Le sang étant apporté dans un organe en plus grande quantité, donnant lieu à d'autres conflits, et servant à une fin qui n'est pas celle de la santé, il y a là une déviation de la circulation normale et de ses effets. La fluxion est donc une circulation locale, spéciale, incluse dans la grande circulation, et à plusieurs égards indépendante de cette dernière. L'impulsion à laquelle le sang obéit, l'emploi de ce sang dans la partie fluxionnée, ne sont pas les mêmes qu'auparavant.

Les circulations partielles étant mobilisables sous l'influence d'une autre fluxion intercurrente, celle-ci, selon l'aphorisme expliqué tout à l'heure, doit contrarier une fluxion existant déjà si le lien unitaire n'est pas trop relâché; c'est alors une contre-fluxion. Plusieurs médecins disent *épispase* (ἐπὶ, sur, σπάω, j'attire); le mot *épispase* n'est pas complètement exact. Il signifie un mode à part de la contre-fluxion obtenu par certains agents (vésicants, rubéfiants) appelés épispastiques.

La révulsion, la dérivation, sont également des cas particuliers de la contre-fluxion, ainsi que nous le verrons bientôt, et ne peuvent pas davantage signifier un tout dont elles font partie.

La nature a donné dans la vie hygide et dans la vie pathologique les premiers exemples de contre-fluxions bienfaisantes. En cela comme partout en thérapeutique, elle a sur nous la priorité. Nous efforcer de l'imiter quand elle opère avec succès, est toujours le dogme premier.

J'exposerai mes idées sur la contre-fluxion en répondant successivement aux questions suivantes : Quels sont les agents de la contre-fluxion? Par quels mécanismes divers les contre-fluxions sont-elles suivies d'effets thérapeutiques? Quelles conditions faut-il pour cela? Après la réponse à ces questions, je pourrai formuler les règles pratiques relatives au choix des moyens, à leur mode d'emploi, au temps opportun.

I. Agents de la contre-fluxion.

Ils comprennent tout ce qui, en exerçant une action attractive, détermine une fluxion dans une partie, fluxion qui peut différer par son mécanisme, par son énergie, par sa durée.

Et d'abord, les épispastiques : calorique accumulé, moutarde, cantharide. Leur mode d'agir par irritation pouvant aller jusqu'à la phlegmasie est évident et très-intelligible.

On conçoit également sans peine l'action des caustiques par l'inflammation et la suppuration qui s'établissent autour de l'eschare, celle des corps étrangers qui entretiennent une irritation permanente dans les tissus : cautère, séton, etc.

D'autres, avec des procédés notablement différents, accroissent l'activité d'une partie : ventouses, purgatifs, émétiques, etc. Je place à côté les pratiques ayant pour but de surexciter une fonction hygide : tabac à priser, emménagogues, exercice musculaire, hydrothérapie, etc., etc. Ce sont là autant d'attractifs dont le mécanisme saute aux yeux.

Pour comprendre le genre d'attraction exercée par une évacuation sanguine, il faut admettre que l'écoulement du sang n'est pas un fait purement physique, comme celui d'un liquide inerte sortant d'un réservoir et passant par un tuyau également inerte. Toute hémorrhagie se faisant dans une partie dont le ton vital est encore conservé, implique un mouvement actif dans le sang, dans les tissus, mouvement dont le lieu qui est le siége de cette hémorrhagie est l'aboutissant. Cela est vrai de la phlébotomie, à plus forte raison des sangsues, des ventouses scarifiées, etc.

L'attraction est moins aisément comprise lorsqu'on la provoque à l'aide de topiques émollients modérément chauds, qu'on laisse séjourner longtemps. Selon moi, l'appel fait aux liquides voisins a pour raison d'être la turgescence, l'épanouissement gagnant de proche en proche les tissus sous-jacents, d'où un travail nouveau,

capable, quand il a pris de suffisantes proportions, de détourner un mouvement fluxionnaire. Quoi qu'il en soit de l'explication, le fait pratique de la contre-fluxion par les émollients est incontestable.

II. Mécanismes de la fluxion et de la contre-fluxion.

Longtemps on a utilisé les contre-fluxions d'une manière à peu près empirique. A peine trouve-t-on dans quelques vieux maîtres le commencement de la théorie que Barthez a formulée. Cette théorie est repoussée en principe par les médecins qui ne voient dans la contre-fluxion qu'un fait mécanique; l'étude exclusive de la fluxion dans son effet anatomique, congestion, engorgement, conduit aisément à cette conclusion. Barthez poursuit le vrai réel, le vrai scientifique, en appelant l'attention sur le fait essentiel, à savoir : la cause spéciale du mouvement qui pousse le sang avec une force et une direction extra-hygides.

A l'exemple de ce médecin, pour limiter et bien voir mon sujet, je ferai abstraction des qualités particulières que présentent les fluxions nées sous l'influence d'une maladie dont elles sont le symptôme, qualités dont il faut tenir si grand compte en pratique : fluxions catarrhales, rhumatismales, scrofuleuses, syphilitiques, etc., etc. Pour le moment, je considère la fluxion dans ses caractères intrinsèques, présents partout où elle existe, constituant un acte morbide à part, ayant son étiologie, sa symptomatologie propres. Je m'arrêterai donc aux causes immédiates, prochaines, du mouvement fluxionnaire, supposant connu ce qui concerne ses causes médiates, éloignées.

Pourquoi un mouvement autre que le mouvement circulatoire ordinaire est-il substitué à ce dernier? Les réponses suivantes sont, ce me semble, les seules possibles: 1° Il y a dans l'organe où la fluxion aboutit quelque chose qui attire le sang : *ubi stimulus, ibi fluxus*. 2° Il s'est formé quelque part une action propulsive dirigeant le sang vers cet organe. 3° La cause de la fluxion est à la fois attractive et propulsive.

Soit, par exemple, une fluxion de l'œil: celle qui est causée exclusivement par une irritation protopathique de l'organe est une fluxion par attraction; celle qui dépend d'une influence s'exerçant à distance, lésion de l'intestin, d'une articulation, etc., est une fluxion par propulsion. Enfin la fluxion, d'abord propulsive, de-

vient en même temps attractive lorsque les altérations survenues dans l'œil blessent sa sensibilité, comme le ferait une épine.

Nos aïeux admettaient l'attraction et la propulsion, De là les vieux mots: *pars mandans*, *pars recipiens*, employés pour certaines fluxions qu'ils considéraient comme propulsives, et *pars attrahens* pour les fluxions attractives. Beaucoup de médecins maintenant n'admettent que des fluxions de ce dernier genre. Je crois à la possibilité du *pars mandans*; mais cela mérite explication.

Si l'on entend par propulsion un coup de piston qui pousse le sang devant lui dans les tuyaux vasculaires, je me déclare incapable de montrer quoi que ce soit de semblable. Mais peut-on davantage montrer le coup de piston qui fait le vide dans beaucoup de fluxions par attraction? En biologie, les causes efficientes du mouvement agissent souvent d'une façon mystérieuse; les mots employés pour les désigner étant empruntés à l'ordre physique. ne se trouvent pas rigoureusement exacts. Ce sont des métaphores, et, comme toutes les métaphores dont notre langue abonde, elles ne valent que dans les limites qui leur sont assignées par la raison médicale. *Pars mandans*, *propulsion*, sont l'équivalent de la cause cachée, mais inductivement prouvée, qui produit le mouvement fluxionnaire et le dirige sur un point spécial.

D'un autre côté, l'organe *recipiens* n'est pas entièrement passif; car, pour que le courant fluxionnaire se porte précisément sur lui et non ailleurs, il faut qu'il contienne quelque chose d'*attrahens*. Mais si pour la guérison il suffit de traiter le *pars mandans*, celui-ci peut être considéré comme remplissant le rôle pathogénique prépondérant. Moyennant ces réserves, le mot *pars mandans* désignant une cause agissant à distance et principale me paraît suffisamment justifié.

Une fluxion quelconque ne trouve pas dans l'organe atteint les matériaux liquides dont elle a besoin pour se constituer. Ces matériaux sont fournis par d'autres parties. En conséquence, tout courant fluxionnaire a une certaine dimension qui est mesurée dans sa longueur par l'intervalle qui sépare le lieu où il finit du lieu où il commence. Quand l'attraction est le fait majeur, la recherche du point d'origine importe moins; mais si, comme beaucoup de faits le démontrent, l'indication tirée de la partie fluxionnée est insuffisante, secondaire, il faut admettre une action propulsive s'exerçant dans le lieu d'où la fluxion part, et alors la recherche

de ce lieu intéresse vivement le praticien. Selon les cas, nous le verrons bientôt, cette détermination est vague ou précise, et il sort de là des préceptes utiles à la thérapeutique. Celle-ci veut qu'on distingue les indications fournies par l'organe congestionné des indications qui se tirent d'un autre organe. Négliger ces dernières est, dans bien des circonstances, une faute dont le malade pâtit.

Je tombe d'accord sur ceci que la fluxion la plus propulsive au début devient bientôt attractive par le fait de l'irritation dont la partie fluxionnée est le siége. Tout en reconnaissant l'attraction, gardons-nous de nier la propulsion, car elle reste parfois longtemps le sujet de l'indication principale. Apprécier la part de la propulsion et de l'attraction dans l'œuvre commune, et donner à chacune l'importance thérapeutique qui lui revient, voilà l'idéal qu'on doit se proposer.

La fluxion peut donc avoir sa cause principale dans le lieu de la congestion, dans une partie plus ou moins éloignée, et il est toujours utile de savoir où commence la déviation du courant sanguin dont elle est le produit. Là se trouve nécessairement l'action motrice anormale. Ce mouvement nouveau, extra-hygide, irrégulier, est un spasme. Un spasme plus ou moins prononcé est le fait premier, nécessaire de toute fluxion. Ses symptômes ne sont appréciables que dans les cas aigus ; ce spasme spécial a été désigné sous le nom de *molimen* (effort).

Par cet effort essentiellement vital, la fluxion se distingue de ce qui, dans l'ordre inanimé, peut lui ressembler. La fluxion n'en est pas moins le produit d'un mouvement, lequel, comme tous les mouvements, a ses conséquences nécessaires. Ne soyons donc pas surpris si les lois de l'hydraulique sont en partie applicables à la fluxion et à son traitement ; mais c'est à la détermination du molimen, cause de la fluxion, que l'on doit tout d'abord s'attacher.

A ce point de vue, une distinction clinique est très-utile. La fluxion peut être *générale* ou *locale*.

Le corps entier travaille à la fluxion générale. Au commencement, le spasme est partout. Le pouls est dur, serré, vif, résistant. Le malade éprouve un sentiment d'horripilation, de frissonnement et parfois un froid prononcé ; la peau est pâle, il y a des lassitudes dans les membres, un malaise dans tout l'ensemble.

Dans la fluxion locale, ces phénomènes primordiaux, d'ordinaire peu appréciables, occupent un siége circonscrit. Naturelle-

ment, on n'observe pas l'altération du pouls ; si elle existe, elle est antérieure au molimen et provient d'une autre cause.

Sans doute, toute fluxion est locale lorsqu'on n'y met que l'effet, la congestion. Il n'en est plus de même aux yeux de celui qui tient compte de l'effort des parties collaborantes. La fluxion est d'autant plus locale que son molimen est moins étendu.

La fluxion par attraction est toujours locale à son commencement, et peut rester locale jusqu'à la fin. Nous verrons qu'un molimen d'abord fort circonscrit est susceptible d'étendre ses limites et même de devenir général. De même, un molimen d'abord général peut se rétrécir au point d'être réduit au voisinage de la partie fluxionnée.

Ces notions étaient indispensables pour l'intelligence de ce qui va suivre.

III. Recherche des limites du molimen.

Une des parties extrêmes est facile à déterminer, c'est celle où la fluxion aboutit, où le sang s'accumule. Là, l'étude anatomique est facilitée par des circonstances favorables. C'est pourquoi beaucoup de médecins ne veulent connaître que la congestion, le reste étant traité par eux de chimère. Il est certain que l'autre limite est souvent vague, et n'a qu'exceptionnellement l'appui d'une lésion tombant sous les sens.

Aisée ou malaisée à trouver, cette limite existe. L'impossibilité où l'on est fréquemment d'en donner la preuve matérielle n'est pas une objection valable. Dans l'ordre vivant, beaucoup de mouvements, beaucoup de causes de mouvements, échappent à l'observation directe. On les diagnostique d'après les phénomènes sensibles qui s'y rattachent, d'après les renseignements fournis par l'expérience clinique. Tous les praticiens admettent l'importance de certaines indications qui ne proviennent pas de la région congestionnée. Quels sont donc ces autres parties sur lesquelles il convient d'agir ? Voici ce que l'observation thérapeutique nous a appris là-dessus.

Une condition favorable à l'efficacité d'une contre-fluxion est que cette contre-fluxion soit placée à la partie extrême du molimen, là où ce molimen commence. Une action attractive qui s'exerce dans les lieux intermédiaires augmente l'énergie du molimen. Ce fait constaté en hydraulique se retrouve dans les circulations vivantes.

D'un autre côté, la contre-fluxion provoquée en dehors de l'aire du molimen a, tout étant égal d'ailleurs, moins de chances de succès. L'échec ne doit pas surprendre, puisqu'on s'adresse à une partie qui, ne collaborant pas dans la synergie constituée par la fluxion, est moins sympathique. Le lieu d'élection est donc celui où le molimen prend son commencement.

On le détermine facilement lorsqu'on diagnostique un travail morbide plus ou moins distant, antérieur à la fluxion, et qui a diminué ou disparu avant l'établissement de cette fluxion. Dans ce cas, l'organe primitivement malade remplit le rôle d'agent provocateur, c'est lui qui est le siége du *pars mandans*. La relation causale entre les deux événements est évidente quand, par exemple, une fluxion péri-testiculaire succède à une fluxion péri-parotidienne, ainsi que cela se voit dans la maladie appelée *oreillons*; quand une fluxion cardiaque suit l'amoindrissement, la cessation d'une fluxion articulaire, rhumatismale, toutes les fois, enfin, qu'il suffit de rappeler la première maladie pour enlever la seconde.

En présence d'une fluxion dont la cause est obscure, il y a donc lieu de se demander si elle ne se rattache pas étiologiquement à une lésion antécédente ou contemporaine. Assez fréquemment, la lésion provocatrice ne se révèle par aucun symptôme ; alors on s'aide, pour la découvrir, de tâtonnements dirigés par la connaissance des lieux sympathiques. L'énumération de ces lieux a été faite dans le chapitre relatif aux *sympathies morbides*. On se souviendra qu'il y a des sympathies accidentelles, idiosyncrasiques, dont la raison d'être est une infirmité, une susceptibilité d'organe native ou acquise. Chez les sujets ainsi tarés, la même partie, à titre principal ou accessoire, est atteinte dans presque toutes les maladies. Les diversités sympathiques font comprendre pourquoi une lésion provocatrice semblable est suivie, selon les individus, d'une fluxion intra-crânienne, oculaire, anginale, thoracique, etc.

Beaucoup de fluxions n'ont pas la pathogénie que je viens d'indiquer. Ce sont celles qui s'expliquent par une attraction locale, celles qui sont le produit d'une cause générale.

Dans une fluxion par attraction locale et commençante, les parties collaborantes sont limitées au voisinage immédiat ; le champ du molimen est donc peu étendu. Mais les choses ne restent pas toujours ainsi ; pour peu que la fluxion soit véhémente et l'orga-

nisme susceptible, le cercle synergique s'agrandit et la fluxion peut devenir générale. Les sujets d'une complexion irritable, mobile, sont exposés à cela [1]. L'aire de la fluxion par attraction est donc capable de s'étendre et de devenir ainsi semblable à celle d'une fluxion générale.

Dans celle-ci, l'extrême limite du molimen est à la partie périphérique la plus éloignée. Toutefois, la fluxion générale ne garde qu'un temps son caractère d'universalité. Un effort pareil ne saurait durer; l'aire du molimen décroît, se rapproche de plus en plus du lieu fluxionné, et la fluxion redevient locale comme elle l'était auparavant.

Il en est ainsi de la fluxion primitivement générale. A mesure qu'elle se fixe dans la partie, le molimen se rétrécit, se localise de plus en plus, jusqu'à ce que parvenu aux alentours de la congestion il a décidément pris le caractère local.

Ces changements successifs sont surtout observés dans les fluxions aiguës. Il importe de distinguer les symptômes d'un molimen général de ceux qui sont la conséquence de la congestion, et qu'il faut rattacher à l'intolérance réactive de l'ensemble provoquée par la scène locale. Cette distinction n'est pas toujours aisée. Un praticien intelligent, attentif, est capable de la faire. Ne pouvant entrer dans les détails, je me contente de dire que les phénomènes qui caractérisent tout molimen sont essentiellement spasmodiques, et conséquemment d'une durée relativement courte.

Pour beaucoup de médecins, la contre-fluxion placée loin du terme de la fluxion s'appelle *révulsion*, la *dérivation* étant la contre-fluxion rapprochée. Cela est vrai, mais d'une vérité bien empirique, bien vague. Il importe d'être plus précis et de savoir les motifs du choix que l'on fait.

On emploie fréquemment la révulsion contre une fluxion chronique, et par conséquent localisée. Dans ces circonstances, l'aire du molimen étant étroite, l'action thérapeutique est placée en dehors. On est privé de l'avantage d'agir sur une partie collaborante. Toutefois, en donnant à cette révulsion une étendue, une énergie, une durée suffisantes, on peut obtenir une action attractive efficace. Ce procédé exige du temps et de la tolérance, et n'est guère possible dans les maladies aiguës.

[1] Voir *tempéraments morbides* (tempérament fluxionnaire).

Ne confondons pas ces révulsions avec les suivantes, dont l'indication ne se présente que pour les fluxions aiguës, lesquelles, du reste, comme chacun sait, se rencontrent souvent d'une façon intercurrente dans les maladies chroniques.

Selon la loi formulée tout à l'heure et d'après laquelle l'agent de la contre-fluxion doit, autant que possible, être placé sur les limites du molimen, on fait la révulsion lorsque, la fluxion étant générale, on applique cet agent à l'endroit le plus éloigné, en bas si le *pars recipiens* est sus-diaphragmatique, en haut s'il est situé dans la partie inférieure du corps.

La révulsion n'est alors de mise qu'au commencement de la fluxion; l'organe atteint n'a pas subi encore les altérations qui en feront bientôt un centre puissant d'attraction. La fluxion est nouvelle, mobilisable, plus accessible aux influences antagonistes. Le praticien veut arrêter l'opération à son début, juguler la maladie, et il procède par violence. Tel est certainement le motif pour lequel on a dit *révulsion*, de *revellere*, enlever, arracher avec effort.

Les premiers moments passés, les tissus de l'organe sont congestionnés, fortement irrités. L'organe n'est plus seulement *recipiens*, il est devenu *attrahens*, d'où la conséquence que le courant plus solidement établi n'a plus besoin du concours de l'ensemble et se raccourcit; la contre-fluxion doit suivre ce mouvement de retrait et être rapprochée.

Ainsi pratiquée, on l'a appelée *dérivation*, de *derivare*, faire une saignée à un cours d'eau. Au moment de la dérivation, cela se conçoit, les chances de jugulation sont médiocres; on espère surtout avec elle amoindrir l'énergie de la fluxion.

Le travail morbide exécuté par l'organe fluxionné étant entièrement consolidé, il s'isole et devient indépendant autant que cela est possible dans un organisme comme le nôtre. L'aire du molimen se trouvant réduite à son minimum d'étendue, c'est dans les parties les plus voisines qu'il faut provoquer la contre-fluxion. Cette dérivation rapprochée doit être distinguée de la dérivation à distance, mais c'est toujours une dérivation.

L'organe est-il directement accessible, la peau, par exemple, on peut, en employant un attractif évacuant, lui enlever une partie notable des matériaux liquides qui s'y trouvent accumulés. C'est alors la *dérivation déplétive* ou *exonératrice*. La déplétion sanguine facilite la contre-fluxion en diminuant la quantité du

sang qu'il y a à mouvoir en sens inverse de la fluxion, en abaissant le ton vital exagéré de la partie congestionnée et diminuant d'autant son influence attractive. Nous verrons que la déplétion générale rend des services analogues.

Pour mieux faire comprendre les idées que je viens d'exposer, appliquons-les à une maladie très-commune; soit donc une fluxion phlegmasique aiguë du poumon, pour laquelle on juge à propos de tirer du sang.

La fluxion est, au commencement, générale. En conséquence, la saignée du pied est indiquée. Toutefois, cette saignée n'étant pas toujours aisée et ne fournissant souvent qu'à grand'peine et avec lenteur la quantité de sang désirable, beaucoup de praticiens préfèrent la saignée du bras opposé au siége de la fluxion, laquelle saignée amène une déplétion rapide, abondante, avantage qui compense celui qu'un éloignement plus grand donnerait à la saignée du pied. On fait alors la révulsion.

Quand la fluxion est formée, c'est le temps de la dérivation, et la phlébotomie, si elle est encore indiquée, doit être pratiquée au bras du même côté : dérivation à distance.

On continue par la dérivation rapprochée qui se fait avec des sangsues, des ventouses scarifiées, et enfin avec des vésicatoires placés sur la partie du thorax correspondant au siége de la maladie. Ici, la déplétion locale est bien peu de chose, car on n'agit pas directement sur le poumon. Mais quand la fluxion occupe la peau ou les tissus sous-jacents, la déplétion obtenue à l'aide des sangsues, des ventouses scarifiées, est incontestable, et concourt pour une bonne part à la production de l'effet.

Le lecteur se rappelle qu'il y a des fluxions provoquées par un organe plus ou moins éloigné. Alors, cet organe ou son voisinage sont le lieu d'élection pour la contre-fluxion, et l'on fait une dérivation à distance que l'on continue par la dérivation rapprochée, si on a lieu de croire que, par sa violence ou par son obstination, la fluxion s'est rendue, en partie ou entièrement, indépendante de sa cause provocatrice première.

Ce cas, qui est celui des fluxions anciennes, réclame la dérivation rapprochée. Mais, soit à cause de la résistance qu'opposent la plupart de ces fluxions, soit parce que la fluxion ayant pour siége un organe non accessible on ne peut agir sur elle d'une manière suffisamment énergique, il est bon d'employer concurremment la

révulsion mentionnée en premier lieu, consistant à établir artificiellement sur un organe tolérant : peau, gros intestin, reins, etc., un travail inaccoutumé, parfois morbide (cautère, séton), qui, par son énergie et surtout par sa durée, est jugé capable de prendre à son profit les matériaux de la fluxion, et d'opérer une substitution favorable. Le choix du lieu et du moyen est déterminé par les circonstances particulières de la maladie, par les aptitudes du sujet, et non par les règles formulées d'après l'étendue du molimen. On se conforme à l'usage, en appelant *révulsive* l'action des purgatifs que l'on prescrit contre une ophthalmie chronique, dans laquelle par conséquent le molimen a un très-court rayon, et *dérivative* l'action d'un séton à la nuque, uniquement parce que la première est éloignée et la seconde rapprochée de l'organe fluxionné. L'une et l'autre s'exercent néanmoins en dehors du molimen.

En résumé, la fluxion attractive, celle dans laquelle le fait initial important est l'irritation de la partie, indique la dérivation rapprochée tant que le molimen reste concentré dans le voisinage. Mais le molimen peut franchir ces limites et devenir général, c'est alors le cas de la révulsion. Quand le molimen général a subi un premier mouvement de retrait, la dérivation à distance est de mise; on a recours à la dérivation rapprochée lorsque, la fluxion étant complètement fixée, le cercle du molimen est ramené à son rayon le plus court.

Dans toutes les fluxions propulsives, celles dont la cause prédominante est éloignée, l'agent de la contre-fluxion doit être placé là où se trouve le point de départ de l'impulsion morbifique. Ce peut être une partie naguère ou actuellement malade, et alors le lieu précis de la contre-fluxion est facile à déterminer. Ce peut être une synergie de l'ensemble, une fluxion primitivement générale, laquelle exige d'abord la révulsion, puis la dérivation à distance, et enfin la dérivation rapprochée, selon les mouvements successifs de retrait du molimen fluxionnaire.

Dans les cas nombreux où il y a en même temps attraction et propulsion, on satisfait aux indications qui viennent de chacune en proportion de son importance actuelle. De là, la nécessité si fréquente de prescrire, successivement et même simultanément, les modes de contre-fluxion que j'ai fait connaître. Placés à propos et employés dans la mesure convenable, ils concourent, l'un aidant l'autre, au succès du traitement.

Je prends, on le voit, en sérieuse considération le mouvement dont la congestion est le produit. C'est un principe unanimement admis que, pour détruire un effet, il faut agir sur sa cause. On ne nie pas cette cause, mais on prétend que nos idées sur ce point ne reposent sur rien de positif. Je les crois, au contraire, justifiées par l'expérience clinique. Personne ne peut nier le *pars mandans* ou son équivalent, lorsqu'on attaque victorieusement une fluxion par des moyens qui exercent une action attractive sur une partie éloignée et naguère travaillée par la même maladie. Je ne conçois pas qu'on puisse contester l'existence des fluxions par sympathie d'organe à organe; la thérapeutique en fournit des preuves évidentes, nombreuses, et il n'y a rien de sérieux à objecter.

Ce que l'on ne veut pas, c'est le molimen à aire changeante et vaguement déterminée, le molimen d'abord général, puis resserrant ses limites, réduit enfin à un cercle entourant immédiatement la région fluxionnée. En d'autres termes, on nie la légitimité de la distinction des procédés par révulsion, par dérivation. Je soutiens que la clinique témoigne en faveur de cette distinction.

L'objection suivante a été faite par des praticiens; elle mérite donc examen.

On nous dit: «Vous prétendez qu'au commencement d'une pneumonie il faut la saignée révulsive, et néanmoins nous avons plus d'une fois débuté avantageusement par la saignée que vous appelez dérivative. D'une autre part, la pneumonie étant fortement établie, vous conseillez les saignées dérivatives, et nous avons pratiqué la saignée révulsive avec le même succès. Donc les faits ne sanctionnent pas la distinction que vous proposez.»

L'exemple me semble mal choisi, car il porte sur une maladie de nature souvent sthénique, inflammatoire. Alors l'évacuation sanguine est utile, non-seulement comme antifluxionnaire, mais aussi comme antiphlogistique, en combattant l'orgasme vasculaire, en faisant une déplétion générale qui diminue les matériaux de la fluxion et apaise l'irritabilité du système. Dans des circonstances pareilles, quoique pratiquée sans tenir compte de la révulsion et de la dérivation, la saignée doit avoir plus d'avantages que d'inconvénients. C'est un précepte de bonne pratique, quand il y a excitation et pléthore, de prescrire une large saignée qui amène une sédation après laquelle l'organisme est plus en état de répondre convenablement aux appels révulsifs ou dérivatifs: la

fluxion, ainsi ébranlée, devient plus facile à détourner. Pour que les faits allégués fussent valables, il faudrait que la saignée eût agi exclusivement comme agent de contre-fluxion. Encore une fois, il s'agit ici de l'effet attractif de la saignée, et non de toutes ses conséquences possibles.

En second lieu, il ne suffit pas de dire : J'ai pratiqué une saignée dérivative au commencement de la pneumonie, et j'ai réussi. Était-ce vraiment le commencement? Le moment opportun pour la saignée révulsive est d'ordinaire court. Le médecin ne voit pas, surtout dans les hôpitaux, le malade d'assez bonne heure pour qu'il puisse toujours saisir ce moment. Je demande la preuve que la pneumonie était encore à sa période de formation. Jusque-là, je suis autorisé à penser que cette période était dépassée, et que par conséquent la saignée pratiquée au bras voisin se trouvait précisément celle qui convenait. Alors le fait, loin de la contredire, est conforme à ma règle.

Mais l'adversaire continue : « J'ai, dit-il, prescrit avec succès la saignée que vous appelez révulsive pendant le cours de la maladie et même à une période avancée. » Cette objection ainsi vaguement exprimée ne vaut pas plus que la précédente. Il suffit de se rappeler que beaucoup de fluxions sont composées de reprises formées par autant de molimens dont les effets s'ajoutent aux premiers. Il y a donc des recommencements possibles de la fluxion, en sorte qu'il se peut très-bien que la saignée, rencontrant le moment d'un nouveau molimen, ait été parfaitement révulsive et ait fait du bien comme telle. Ce serait encore le cas d'une obéissance inaperçue à la règle et une preuve en sa faveur.

Les objections qu'on nous adresse ne sont donc pas sans réplique. Nous tenons nos préceptes pour bons, parce qu'ils ont été suggérés par l'expérience thérapeutique, parce que nous en vérifions journellement la justesse au lit des malades. Nous les recommandons, mais nous ne disons pas qu'en dehors d'eux il n'y a point de salut pour les patients. Loin de nous la pensée qu'une pneumonie ne peut guérir entre les mains d'un médecin incrédule à l'endroit de la révulsion et de la dérivation. Mais nous affirmons sans hésiter, et en cela nous sommes d'accord avec bon nombre d'autorités, avec la tradition, que les praticiens en mesure de faire cette distinction ont plus de succès que les autres dans le traitement des fluxions. Nous renvoyons donc les adversaires à

l'observation clinique, bien convaincu que quiconque la consultera impartialement, sans parti pris d'avance, reconnaîtra l'exactitude de nos idées.

Je vais maintenant résumer, en aussi peu de mots que possible, les indications de la révulsion et celles des variétés ci-dessus mentionnées de la dérivation.

1° Indications de la révulsion.

La révulsion doit être pratiquée lorsque, pour un motif suffisamment sérieux, on craint qu'une partie ne devienne le siége d'une fluxion. C'est en conformité de cette règle qu'on saigne révulsivement un individu qui a reçu un coup. On prévient ainsi la fluxion redoutée sur l'organe qui a subi la violence. Ce cas se présente souvent pour les maladies traumatiques.

La révulsion est indiquée au commencement de tous les molimens fluxionnaires, qu'ils soient protopathiques ou sous forme de reprises ; car il serait inexact de dire qu'elle convient exclusivement au premier début des maladies. La révulsion est de mise toutes les fois que la fluxion est générale : malaise insolite, frissonnements, pâleur de la peau, pouls spasmodique et tous les signes annonçant la participation de l'ensemble au travail nouveau qui s'accomplit.

La contre-fluxion révulsive agit moins sur l'organe atteint ou simplement menacé que sur le système entier, qu'elle perturbe par métasyncrise, lui ôtant ainsi les moyens de continuer une opération ébauchée.

Faite à propos, la révulsion offre plus de chances que les autres contre-fluxions pour juguler une fluxion dont les suites sont à redouter.

L'effet général produit par la saignée révulsive la rend apte à remplir une indication préalable qui, tant qu'elle existe, prime les autres ; suffisamment copieuse, elle facilite, comme toute saignée déplétive, le traitement de la fluxion phlegmasique avec surexcitation vasculaire et pléthore. Le même moyen satisfait donc à deux indications.

Les fluxions générales qui ont leur terme dans une partie sus-diaphragmatique étant les plus fréquentes, la révulsion, en ce qui les concerne, est mieux connue. Celles qui aboutissent au-des-

sous du diaphragme ont leur révulsion aux bras, à la poitrine. La saignée au pli du coude et les attractions placées en haut sont révulsives par rapport aux fluxions de l'utérus et des autres organes du bassin. Elles sont indiquées au moment d'un molimen aigu primitif ou à repétition; alors, les attractions inférieures augmenteraient la fluxion. Autant ces dernières conviennent pour provoquer une fluxion utérine jugée utile (fonction menstruelle), autant elles sont contre-indiquées lorsqu'il s'agit d'une fluxion dangereuse, celle, par exemple, qui peut amener un avortement.

Les fluxions générales sont toutes aiguës. Elles se montrent accidentellement dans les maladies chroniques, et réclament la révulsion toutes les fois qu'elles sont signalées par les symptômes spasmodiques susdits. Toutefois, la place de la révulsion pour les cas chroniques s'étend beaucoup si, conformément à l'usage, on désigne par ce mot toute contre-fluxion établie sur un lieu éloigné. A ce compte, la révulsion est fréquemment employée en dehors des cas aigus. La règle est de commencer par les dérivatifs locaux, dont l'action attractive ou déplétive place l'organe dans des conditions favorables à la mobilisation de la fluxion. Ce résultat étant obtenu, on prescrit les agents provocateurs d'une révulsion puissante par sa répétition, par son étendue, par sa durée. D'ordinaire c'est la peau, la muqueuse intestinale, qui se prêtent le mieux à ce genre d'entreprises.

J'ai dit, il y a un instant, que la contre-fluxion opérée sur un organe sympathique siége du *pars mandans* devait être appelée dérivative, quel que soit l'intervalle qui sépare cet organe du point congestionné.

2° Indications de la dérivation.

Après ce qui précède, je puis être bref. L'indication de la révulsion est fugitive; celle de la dérivation persiste plus longtemps. Pour ce motif, la dérivation a moins de contradicteurs.

Le propre de la dérivation étant d'agir plus spécialement sur l'organe fluxionné que sur l'ensemble, il faut profiter des lieux sympathiques. En conséquence, c'est presque toujours sur le côté vertical correspondant que la dérivation sera placée.

Conformément à la règle des sympathies, le siége de cette contre-fluxion ne varie pas quand il y a un organe provocateur.

Tant que la fluxion reste dépendante, le *pars mandans* est le lieu d'élection [1].

S'agit-il d'un molimen mobile à cercles concentriques diminuant progressivement, la dérivation comprend deux temps : celui où le mouvement fluxionnaire a cessé d'être général, mais conserve encore un rayon étendu ; celui où ce mouvement est entièrement cantonné autour de l'organe malade. Dans le premier cas, la contre-fluxion est faite au membre correspondant; dans le second cas, l'agent de la dérivation est placé sur les parties les plus voisines.

3° Indications de la déplétion.

Toute évacuation sanguine, révulsive ou dérivative, amène la déplétion, si elle est assez abondante. On l'emploie quand les signes d'un orgasme vasculaire de l'ensemble sont présents. J'ai dit qu'en remplissant cette importante indication, on rendait la fluxion plus mobile et que l'on en facilitait le traitement ultérieur. Quelques explications me paraissent nécessaires au sujet de la déplétion locale, qu'on obtient avec la dérivation rapprochée.

Elle implique l'existence de communications vasculaires larges et directes avec l'organe fluxionné, et exige que la concentration du molimen soit complète. Avant ce moment, l'attractif évacuant local donnerait plus de force à la fluxion ; c'est ce qui arrive pour les fluxions aiguës de l'œil, par exemple. Si l'on place des sangsues dans le voisinage au moment où l'ensemble est encore collaborant en tout ou en partie, on s'expose à rendre intense ou rebelle une ophthalmie qui serait aisément curable d'une autre manière. Évidemment, c'est là le cas de la révulsion ou de la dérivation à distance.

La déplétion convient parfaitement, au contraire, si la fluxion, primitivement locale, conserve encore ce caractère; par exemple, au début d'une fluxion provoquée par un corps étranger, par un point de suture, etc., il faut s'y prendre de bonne heure, car le molimen peut s'étendre et devenir général ; alors, l'opportunité de la déplétion locale est passée et ne reviendra que plus tard.

Telles sont les indications de la déplétion pratiquée à l'aide d'un dérivatif placé dans le voisinage de la congestion.

Est-il permis de placer l'attractif évacuant sur l'organe fluxionné

[1] Voyez, pour les détails, *Maladies mal placées, Métastases.*

lui-même, quand cet organe est accessible? Il y a à cela des inconvénients: on irrite des parties dont la sensibilité est exaltée par la maladie, on ajoute à la force attractive locale; on ferait donc l'inverse de la contre-fluxion.

D'un autre côté, cette pratique a les avantages suivants: 1° elle permet d'obtenir une déplétion plus facile et plus prompte qui enlève aux tissus malades le sang accumulé, stagnant dans les capillaires, et fait ainsi disparaître un stimulus irritant, une cause matérielle de distension douloureuse; 2° l'évacuation du sang fait pour la partie engorgée ce que les phlébotomies révulsive, dérivative, font pour l'ensemble; le vide survenu rend la liberté aux petits vaisseaux et les place dans des conditions favorables à la résolution.

Il y a donc lieu, avant de prendre un parti, d'apprécier comparativement les avantages et les inconvénients. La déplétion directe est indiquée quand le bien qu'elle apporte est jugé plus grand que le mal qui s'y mêle. Ce cas se présente pour la fluxion immobilisée, où les parties ont notablement perdu de leur irritabilité morbide. Il ne faudra pas y penser si la fluxion est naissante, rapidement progressive, si les tissus malades sont fortement irrités. L'état aigu est donc une contre-indication de la déplétion directe.

N'oublions pas que, même dans les fluxions chroniques, les inconvénients susdits existent, quoiqu'à un bien moindre degré. Afin d'y obvier, des précautions sont nécessaires. On se ménage tout le bénéfice de l'opération en favorisant l'écoulement du sang, en revenant aux sangsues le lendemain matin; enfin, peu après la déplétion, rendue aussi complète que possible, on prescrit un dérivatif, un révulsif énergiques.

Ces préceptes, en ce qui concerne la fluxion de la matrice, ont été magistralement formulés par M. Courty, dans son excellent TRAITÉ DES MALADIES DE L'UTÉRUS ET DE SES ANNEXES, au chapitre *Du traitement de ces maladies considérées en général*. La déplétion directe de l'utérus est une pratique moderne que personne n'avait encore réglementée. Le passage suivant (pag. 191-192) fera connaître la pensée de mon collègue:

« Il est un point qui me paraît avoir été négligé par ce grand médecin (Barthez), et dont j'ai tous les jours observé et vérifié la justesse; je veux parler de la nécessité d'associer la dérivation

ou la révulsion à la déplétion dans les cas de congestions anciennes, et de les associer dans un ordre justement inverse de celui dans lequel on peut être amené à les employer quand on combat une fluxion. En un mot, il ne suffit pas d'avoir fait la déplétion de l'organe pour l'avoir guéri ; la déplétion a fait disparaître la congestion, mais non l'habitude du mouvement fluxionnaire. L'effet est détruit momentanément, mais la cause persiste et ne tardera pas à se reproduire. Il ne faut donc pas se contenter d'avoir vidé le trop plein ; on n'a pas alors anéanti la fluxion, on n'a fait que lui ôter sa stabilité, on l'a mobilisée. Il faut se hâter de profiter de cette circonstance pour la dévier, la détourner par la dérivation et la porter sur un autre point par la révulsion, assez longtemps, assez largement, assez profondément pour faire perdre à l'utérus l'habitude d'être le point attractif et l'aboutissant de cette fluxion. Tous les jours, dans le traitement d'ophthalmies intenses ou rebelles, j'obtiens des succès rapides et durables en commençant par des applications de sangsues aux tempes, aux apophyses mastoïdes, ou de vésicatoires palpébraux ou péri-orbitaires suivis d'un pédiluve tiède fortement sinapisé et très-prolongé, et le lendemain d'un purgatif... Cette régle est applicable au traitement d'un grand nombre de maladies utérines chroniques. Il n'en saurait être autrement, vu la part que la fluxion, la congestion, l'inflammation, prennent à leur constitution. Presque toujours, dans ces cas, il faut commencer par appliquer des sangsues sur le col une ou deux fois pour faire la déplétion ; mais une fois la fluxion ébranlée, mobilisée par cette déplétion et, au besoin, par une autre émission sanguine dérivative ou par l'application d'un épispastique sur les parties voisines, il faut profiter de cette instabilité pour la déraciner en quelque sorte et la détourner par une vraie révulsion au profit d'autres organes. Un purgatif administré le lendemain de l'application des sangsues remplit ce but parfaitement dans certains cas, et l'on voit des malades qui, dès ce moment, sont ou se croient guéries. Mais, chez beaucoup d'entre elles, la maladie est trop ancienne pour qu'il puisse en être ainsi. C'est alors qu'il faut soutenir l'action par des révulsifs intestinaux et des révulsifs cutanés de diverses sortes, notamment par l'hydrothérapie, le plus puissant des révulsifs, sans préjudice des médications résolutives toniques, sédatives, etc., et des pansements ou des topiques dont

le concours est nécessaire le plus souvent pour assurer et consolider le succès. »

Le lecteur a remarqué que les conseils de M. Courty ont exclusivement en vue les fluxions anciennes, rebelles, où la sensibilité, l'irritabilité des parties ne sont pas exaltées. La première indication est alors, en effet, de les mobiliser par la déplétion directe, que l'on doit faire largement, de manière à en enlever les inconvénients. Ailleurs, c'est par la dérivation rapprochée qu'on commence, ou bien par la dérivation à distance, ou bien par la révulsion, en se réglant d'après l'étendue présumée du molimen. La différence de conduite s'explique par la nature des faits, et tout cela rentre très-bien dans ma théorie pratique de la fluxion.

Je viens de résumer les indications de la révulsion, de la dérivation à distance, de la dérivation rapprochée, déplétive, et enfin de la déplétion directe. Il me reste, pour terminer, à considérer dans leur ensemble les moyens divers communément employés pour opérer la contre-fluxion.

4° Choix des moyens.

Ce choix est dirigé d'après des motifs tirés des circonstances spéciales de la maladie, du sujet.

Et d'abord, je rappelle qu'il n'est pas, tant s'en faut, indispensable que la contre-fluxion soit par elle-même plus forte que la fluxion à combattre. Fréquemment, surtout dans les maladies aiguës, une éruption, une hémorrhagie, une purgation, etc., médiocres, suffisent pour mettre fin à un grand travail fluxionnaire. Grâce à d'heureuses dispositions actuellement présentes dans l'organisme, on rencontre des temps opportuns qu'il faut s'attacher à reconnaître. C'est en observant la nature, alors qu'elle agit spontanément pour le bien, que nous apprenons à faire ce diagnostic.

Le traitement des fluxions, comme tous les autres, s'applique à provoquer, à favoriser les bonnes tendances. Le praticien choisit le procédé auquel l'organisme est le mieux consentant. Il parvient ainsi, la faculté médicatrice aidant, à obtenir de grands effets qui semblent produits par de petites causes. Moins on est obligé d'employer la violence, plus les chances de succès sont nombreuses. Toutefois, quand l'action morbide, décidément mal

engagée, est menaçante pour un organe, pour la vie, on n'hésitera pas à la contrecarrer par les moyens les plus énergiques.

La connaissance du patient, de ses prédominances organiques, de ses tolérances, de ses intolérances, est une lumière indispensable, à la clarté de laquelle on saisit ce qu'il y a de spécial dans les indications tirées de la maladie. J'ai parlé des lieux sympathiques, des organes auxquels on doit s'adresser de préférence, parce que, dans le sujet, leur action peut être largement accrue sans inconvénient. Quelques mots maintenant sur les motifs tirés des propriétés des agents thérapeutiques.

Les agents contre-fluxionnaires ne forment pas un groupe homogène. L'hygiène, la pharmacologie, la chirurgie, fournissent leur contingent, dont chacun présente des moyens divers. Pourvu que, n'importe la manière, un agent puisse provoquer quelque part un centre d'attraction, il peut être un instrument de contre-fluxion. Une division est donc nécessaire. Je ne tiens pas absolument à celle que je propose ; elle me permettra d'exposer mes idées avec ordre, et cela suffit.

J'admets trois séries principales : 1° attractifs par sédation ; 2° attractifs par accroissement d'action ; 3° attractifs par irritation phlogosique.

A. *Attractifs par sédation.* — Je les subdivise en évacuants du sang, en émollients. Leurs propriétés sédatives sont utilisées dans les fluxions aiguës avec éréthisme, soit vasculaire, soit nerveux. Cet éréthisme, tant qu'il persiste, contre-indique les autres attractifs.

a. *Évacuants du sang.* — Ils sont réclamés impérieusement par la pléthore générale, locale ; ils ont une vertu antiphlogistique qui les approprie au traitement des fluxions phlegmasiques. En diminuant la quantité de sang, soit dans les grands vaisseaux, soit dans les capillaires de la partie congestionnée, ils mobilisent la fluxion, et rendent la dispersion du courant plus facile. Les évacuants du sang sont donc sédatifs, antiphlogistiques, déplétifs, et en même temps contre-fluxionnaires.

Le meilleur, le plus prompt des révulsifs déplétifs, est la phlébotomie; avec elle, on a le plus de chances pour juguler une fluxion grave, à progrès rapides : coups de sang vers la tête, vers le poumon, etc.

Chez les enfants, chez tous les sujets peu riches en liquide

nourricier, surtout si le cas ne presse pas trop, on substitue avec avantage les sangsues à la saignée pour amener des effets de révulsion. Plus souvent les sangsues sont prescrites comme agent de dérivation à distance, de dérivation déplétive, de déplétion directe. Généralement on les préfère aux ventouses scarifiées, parce qu'on peut les porter sur toutes les parties accessibles, quelle que soit la forme de ces parties, parce que leur action attractive paraît plus puissante.

Barthez et plusieurs praticiens de Montpellier pensent que les sangsues sont sédatives, non-seulement par l'évacuation qu'elles procurent, mais aussi par une vertu antispasmodique locale. Les faits me semblent justifier cette opinion; toutefois, il faut tenir compte de l'irritation locale provoquée par les sangsues, d'où est venue la règle de les faire mordre sur des parties saines. J'ai dit plus haut les exceptions à cette règle et les précautions qu'elles exigent (*déplétion directe*).

b. *Émollients.* — Ce sont les seuls antifluxionnaires possibles dans les cas d'éréthisme nerveux, où il y a interdiction de répandre le sang. L'eau tiède chargée de principes mucilagineux, les cataplasmes, etc., sont souvent employés à titre d'auxiliaire, d'agent principal. Ce sont des calmants directs, que l'on place avec avantage sur les tissus fortement congestionnés, irrités.

Selon le lieu de l'application, les attractifs émollients remplissent le rôle de révulsif ou de dérivatif.

Tout étant égal d'ailleurs, ils ont plus d'efficacité sur les enfants, sur les femmes et sur tout sujet à peau fine, délicate, aisément impressionnable.

Leur inconvénient est d'être lents à agir; on supplée à ce défaut, quand on a du temps devant soi, en les répétant, en prolongeant la durée de leur application; plus la surface sollicitée est étendue, plus l'action grandit: c'est pourquoi le bain général, le bain de siége, sont les attractifs les plus puissants de la présente série.

La ouate de coton appliquée sur les membres est un révulsif que les praticiens emploient, principalement chez les enfants.

L'eau, les cataplasmes contenant des substances irritantes (moutarde, etc.), n'agissent pas à la manière des émollients; ils sont épispastiques.

B. *Attractifs par accroissement d'action.*— L'action est hygide; elle est pathologique.

L'action est hygide quand on impose à un appareil qui le tolère un travail considérable et prolongé. Pour fournir à cette tâche extraordinaire, les organes deviennent un centre d'attraction qui peut remplir un rôle antifluxionnaire : c'est ainsi qu'on provoque les reins, la peau, les muqueuses, etc., afin d'obtenir des effets révulsifs, dérivatifs, déplétifs. Parmi les moyens de ce genre, l'hydrothérapie, qui donne tant d'énergie aux fonctions de la peau, est sans contredit le plus efficace ; c'est en même temps un modificateur de l'ensemble souvent indiqué, et dont on tire un grand parti dans la cure des maladies chroniques. Je place dans la même série tout ce qui donne de l'ampleur à une activité quelconque.

Les purgatifs, les émétiques, provoquent une sécrétion qui tient le milieu entre les produits hygides et les produits pathologiques. Les purgatifs sont très-souvent prescrits (l'aloès surtout) pour déterminer une fluxion anale, antagoniste d'une autre fluxion.

Les émétiques s'emploient comme dérivatifs des fluxions hépatiques, intestinales, utérines, etc. Le mouvement expansif et sudoral qui suit d'ordinaire le vomissement, ajoute à cette dérivation un effet révulsif utile dans le premier temps des maladies. Quand il y a éréthisme, cas familier aux maladies aiguës, les sédatifs conviennent d'abord ; l'émétique n'est permis qu'après cette indication préalablement remplie.

Les sécrétions exclusivement morbides sont déterminées à l'aide du séton, des caustiques, du feu; leur durée prolongée ajoute à la force de l'attraction. L'évacuation qu'elles amènent n'est pas une circonstance futile ; l'effet déplétif se fait sentir aux organes voisins.

Il existe des tempéraments caractérisés par un besoin fluxionnaire qui trop souvent se satisfait à l'aide d'un travail interne. Une suppuration artificiellement provoquée et entretenue à la périphérie, peut se substituer à la première fluxion et remplir le même office sans danger pour l'organisme.

Naguère on a douté de l'efficacité possible du cautère, l'un des moyens le plus employés de la série des attractifs dont je parle. On avait raison contre l'abus. Il est, par exemple, évident que le cautère est impuissant si l'évolution du mal a amené de profondes altérations des tissus, qu'il est même dangereux s'il y a une tendance prononcée à la purulence. Le cautère, comme tous

les attractifs, ne convient que pour les maladies où l'élément *fluxion* est encore prédominant.

Le débat auquel je fais allusion a principalement porté sur la vertu prophylactique attribuée au cautère. C'est une chose sérieuse, j'en conviens, que de prescrire un émonctoire permanent à un sujet ayant toutes les apparences de la santé. Sans parler de la servitude à laquelle on condamne fréquemment celui-ci pour le reste de ses jours, on provoque par l'assuétude, en supposant qu'il n'existe pas, ce besoin fluxionnaire dont je parlais tout à l'heure; aussi, avant de donner un semblable conseil, faut-il sérieusement réfléchir et peser de son mieux le pour et le contre.

Ce n'est pas à un individu considéré comme bien portant que l'on prescrit un cautère, mais bien à quelqu'un déjà malade, à quelqu'un dont les antécédents, héréditaires ou autres, sont suspects, et que l'on croit menacé d'une fluxion viscérale grave pour un temps plus ou moins éloigné. La prudence ne veut-elle pas alors qu'une suppuration extérieure figure parmi les moyens à employer contre une pareille éventualité?

Sans doute, malgré cette précaution, le travail redouté peut venir; sans doute, dans le cas contraire, on sera incapable de prouver mathématiquement que le succès est dû au cautère. Mais l'exercice de notre art implique ces déceptions, ces incertitudes. D'avance résignés, nous devons régler notre conduite thérapeutique d'après l'expérience de tous les temps et de tous les lieux. Si l'on consulte les grands nombres, on compte assez de réussites pour s'assurer que les exutoires méritent confiance. Dans les circonstances graves, la possibilité du succès justifie amplement l'emploi du moyen, et les faits prouvant l'attraction puissante exercée par le cautère sont nombreux. Le suivant me semble particulièrement instructif.

Bordeu [1] raconte ce que voici :

« Puisque mon sujet m'a conduit à parler du cautère, je rapporterai un fait qui vient de m'arriver. Il s'agissait de supprimer un cautère au bras qu'un jeune homme âgé de seize ans portait depuis celui de huit. Ce cautère avait été appliqué à cause de quelques glandes au col et aux aisselles; le cautère les dissipa, ce que n'avaient pu faire beaucoup de remèdes. Ce jeune homme

[1] *Recherches sur le tissu muqueux*, pag. 211.

se trouvant en très-bon état, les parents m'engagèrent à le mettre dans le cas de se défaire du cautère sans risque. Je travaillai pendant six mois : fondants, apéritifs, purgatifs, tout fut employé. Cependant je diminuai peu à peu la boule du cautère ; je parvins à n'y faire introduire à chaque pansement qu'une petite lentille. Tout allait bien ; enfin la cicatrice parut solide ; il n'y eut plus de suintement. Quelques jours après, la joue, le col, le côté, se bouffissent ; les glandes du cou s'engorgent ; celles de l'aisselle sont douloureuses ; la respiration est gênée ; le malade tousse ; il sent une sorte de poids sur tout le côté de la poitrine répondant au cautère ; ce côté est même douloureux quand on le touche ; le pouls est fiévreux ; le malade craint la pleurésie. Je me détermine à rouvrir le cautère en faisant déchirer la cicatrice. A peine l'écoulement fut-il rétabli, que tous les accidents diminuèrent ; ils se dissipèrent enfin, et le cautère resta. .... La fièvre, la rougeole, sont venues à notre secours pour supprimer le cautère de notre jeune homme. Une semaine de fièvre a fait ce que je n'avais pu faire avec six mois de remèdes. »

Tant il est vrai que la nature possède des secrets d'appropriation heureuse dont la connaissance et l'imitation augmentent considérablement notre pouvoir thérapeutique. La rougeole a amené la métasyncrise qui convenait précisément pour tarir la source du besoin fluxionnaire, et le cautère, n'ayant plus de raison d'être, a pu disparaître sans inconvénient. Quant à l'action de ce cautère pour débarrasser les organes intérieurs, elle ressort avec une évidence complète des détails de l'observation.

C. *Attractifs par irritation phlogosique*, ou *épispastiques*.—Nous trouvons ici les rubéfiants et les vésicants. Ces derniers sont suivis d'une suppuration dont il faut tenir compte lorsqu'on l'entretient, et alors le vésicatoire se confond avec les attractifs de la précédente série. L'huile de croton tiglium, le tartre stibié, l'ammoniaque, etc., employés comme topiques, sont également des irritants phlogosiques. Les frictions stimulantes, les papiers, les huiles, les emplâtres dits épispastiques, le calorique employé en deçà de son action caustique, doivent être rangés dans le présent groupe.

Plus l'agent est irritant, plus il est contre-indiqué en cas d'éréthisme. Ses effets aggraveraient surtout les fluxions générales.

M. Lordat[1] apporte en preuve des faits significatifs dont je citerai les suivants :

« Un homme âgé de quarante-quatre ans fut atteint d'une hémoptysie accompagnée d'un pouls *vite*, *plein* et *dur*; une saignée fut pratiquée, et comme elle ne réussissait pas au gré du médecin traitant, celui-ci eut recours aux sinapismes. L'hémorrhagie augmenta, et le sujet périt le septième jour d'une apoplexie sanguine. »

Certainement, ici l'irritation provoquée par la moutarde a accru celle de l'ensemble, et a donné au molimen fluxionnaire une direction, une force qui ont été fatales.

M. Lordat était lui-même atteint d'une angine tonsillaire *avec fièvre*. Espérant obtenir une révulsion avantageuse, il prit un pédiluve fortement sinapisé, au commencement duquel il se sentit saisi de frisson. Ce signe évident d'une reprise et de l'aggravation du mouvement fluxionnaire ne l'arrêta pas, et il resta dans le bain. L'angine devint très-intense, et dut se terminer par suppuration.

L'influence funeste exercée par ce pédiluve irritant est encore incontestable. La fièvre était une contre-indication ; le frisson provoqué par le bain disait clairement que l'on faisait fausse route.

Les attractifs par irritation ne sont opportuns que lorsque l'excitation est tombée. Trop énergiques, ils l'augmentent, et c'est ce qui fait leur péril dans les maladies à fond sthénique, chez les sujets irritables; de là aussi, leurs avantages lorsque la sensibilité et le ton vital sont abaissés.

La variété des agents contre-fluxionnaires permet de les accommoder aux indications de chaque espèce de fluxion. Selon les causes, la période, les complications, on choisira tel moyen, on modifiera la durée, le lieu de l'application. Généralement les sédatifs conviennent au commencement, les irritants à la fin. A la suite de péripéties qui ne sont pas rares, la fluxion recommence, l'irritation avec elle, et l'indication des sédatifs se présente à nouveau. Tel agent remplit le rôle principal; un autre favorise et complète l'effet, en qualité d'auxiliaire. Les attractifs émollients

[1] *Traité des hémorrhagies*, pag. 88.

vont habituellement avec les émissions sanguines. Si l'irritation paraît suffisamment tombée, on fait suivre les évacuations sanguines par les rubéfiants, par les vésicants, par les purgatifs, etc.

Ce qui, dans un cas, est accessoire, devient ailleurs le principal. Les émollients, ainsi que je l'ai expliqué, suffisent contre certaines fluxions et chez certains individus.

Il y a des attractifs agissant vite; d'autres agissant lentement. Chacun peut trouver sa place, grâce à la variété des circonstances.

C'est toujours, comme partout, l'à-propos et l'art d'utiliser les avantages d'un agent en supprimant ses inconvénients possibles, qui donnent les conditions du succès. Le but de l'entreprise, ne l'oublions pas, est d'avoir une contre-fluxion et non simplement une fluxion; le premier venu peut provoquer celle-ci, un vrai médecin seul obtient l'autre.

ARTICLE II. — MODE PAR SIMILITUDE OU HOMOEOPATHIQUE.

Dans le mode ainsi nommé (ὅμοιος, semblable), on provoque des phénomènes plus ou moins semblables à ceux qui constituent la maladie. Parmi les maladies que l'on traite ainsi, se trouvent naturellement celles qui tendent à s'éliminer par l'évolution de leurs actes. Évidemment, en activant cette évolution quand elle est trop lente, en y ajoutant le nécessaire quand elle est incomplète, on en facilite le dénoûment heureux. En conséquence, la méthode *naturelle agissante* rentre tout à fait dans les traitements par les semblables. C'est un de ces traitements qu'on emploie à l'égard des fièvres exanthématiques, par exemple.

Il y a tels actes morbides que l'on guérit en les rendant plus intenses. Cela paraît singulier au premier abord ; il est tout simple pourtant qu'une maladie susceptible d'être portée rapidement et sans péril à sa période extrême, arrive plus tôt à sa fin. Ainsi, une phlegmasie languissante est traitée avec succès par l'accroissement artificiellement obtenu de son activité.

Un acte morbide réactif, trop faible pour expulser sa cause matérielle, est efficace en devenant plus énergique. C'est par ce mécanisme que le vomissement largement provoqué guérit un vomissement saburral, qu'une purgation guérit une diarrhée ayant même origine.

A la suite de ces faits, où la similitude est évidente, je place

ceux où l'on traite une maladie par la substitution de phénomènes plus ou moins semblables à ses phénomènes propres, moyennant quoi cette maladie subit une modification qui la rend plus aisément curable. Exemple : érysipèle *mali moris* guéri par un vésicatoire placé sur le lieu même de l'éruption.

Ne serait-ce pas aussi par une perturbation substitutive qu'il conviendrait d'expliquer les succès de certaines pratiques vulgaires, maintenant introduites dans la médecine régulière : traitement de l'entorse par le massage, etc. ?

Au chapitre des méthodes thérapeutiques, j'ai posé les règles générales relatives à l'emploi du mode par *similitude*. Il ne me paraît pas que rien d'important ait été omis, et je me borne à présenter quelques remarques sur l'homœopathie moderne telle que l'ont comprise Hahnemann et ses disciples.

Cette homœopathie diffère profondément de celle que j'ai exposée et qui nous vient d'Hippocrate. Le lecteur va en juger.

L'homœopathie moderne dénie à l'organisme vivant une faculté médicatrice méritant confiance. Dans la maladie, la nature privée de raison agit d'une façon grossière et au hasard. Il faut qu'une intelligence gouverne l'évolution des phénomènes, et cette intelligence est représentée par le médecin instruit. Entre lui et une force aveugle, il n'y a pas à hésiter. La maladie, par conséquent, est un mal qui ne doit jamais être abandonné à lui-même.

Il faut savoir ce qu'est la maladie pour se diriger fructueusement. Or, la maladie est essentiellement composée de deux choses : 1° modification de la force vitale ; 2° symptômes. Notre ignorance invincible au sujet de la force vitale nous interdit toute recherche ayant pour but de connaître les modifications de cette force. Nous sommes nécessairement sans pouvoir de ce côté. Restent les symptômes.

La maladie ne peut donc être pour le médecin qu'une collection de symptômes. Les symptômes sont l'objet important. Aussi, pour Hahnemann, deux maladies semblables quant à la forme, mais tout à fait dissemblables quant au fond, demandent-elles une médicamentation identique.

Lorsque deux maladies à symptômes différents ou contraires existent simultanément, la plus forte pallie la plus faible, mais ne la guérit pas. Mais si deux maladies à symptômes autant que possible semblables sont réunies sur le même individu, la plus forte

guérit la plus faible. L'art de guérir consiste donc à provoquer artificiellement une maladie semblable assez puissante pour chasser l'autre devant elle. *Similior obscurat alterum.*

La maladie artificielle, pouvant être augmentée ou diminuée à volonté, offre tous les avantages possibles. Une fois son œuvre bienfaisante accomplie, on la supprime.

C'est avec les agents pharmacologiques qu'on suscite la maladie artificielle ; aussi la connaissance de l'action des médicaments est-elle de premier ordre. Le seul moyen de bien connaître cette action est l'expérimentation sur l'homme sain. Là, le médicament agit seul, sans mélange d'autre cause capable d'altérer l'effet symptomatique, lequel se développe dans toute sa pureté, dans toute sa plénitude.

La force médicamenteuse n'est pas en rapport avec la quantité pondérable de la substance. Elle est plutôt enchaînée par les propriétés physico-chimiques de cette substance. En diminuant infiniment ou à peu près les doses à l'aide de triturations, de dilutions réglées et que les adeptes connaissent, on exalte la vertu des médicaments, on la porte à un degré jusqu'à présent inconnu.

Une doctrine qui s'appuie sur des dogmes pareils a trop d'originalité pour qu'on puisse la confondre avec quoi que ce soit.

ARTICLE III. — TRAITEMENT A JUVANTIBUS ET LÆDENTIBUS.

Les traitements dont je viens de parler sont suggérés par le diagnostic et supposent celui-ci établi. Il s'agit maintenant de faire l'inverse, de parvenir à la connaissance de la maladie d'après les effets d'une expérimentation thérapeutique. Toutefois, le but définitif n'est pas le diagnostic, qui n'est qu'un moyen, c'est la guérison. La guérison est-elle possible sans diagnostic préalable? Oui, certes. De même qu'il y a des maladies qui tuent sans qu'on sache, même après l'autopsie, ce qu'elles ont été, de même il y en a qui guérissent en emportant leur secret avec elles. Il faut pourtant les traiter, et comment s'y prendre ? Ce ne peut être qu'en tâtonnant, qu'en cherchant empiriquement ce qui est utile. Il arrive que ces essais mènent au diagnostic. Parfois cependant celui-ci reste obscur. C'est une humiliation pour l'amour-propre, dont on se console en voyant le malade recouvrer la santé.

Ces traitements sans diagnostic préalable étaient les seuls pos-

sibles, quand notre science n'était pas constituée. Les gens du monde forcés de remplir exceptionnellement le rôle de médecin, n'ont pas l'intelligence empirique que donne l'habitude de voir des malades.

L'homme de l'art sait chercher le diagnostic, et peut être utile lors même qu'il ne le trouve pas.

Il s'arrête à temps, au cas où le moyen expérimenté est nuisible. Le genre de mal qu'il a fait est une lumière qui l'éclaire au moins en partie sur l'état actuel du sujet, et lui permet de donner à l'essai suivant une meilleure direction.

Un médecin, en présence d'une maladie que malgré ses efforts il ne peut diagnostiquer, sait toujours quelque chose de cette maladie. Un premier examen rapide et superficiel lui a permis d'en mettre hors de cause un très-grand nombre. Le cercle du possible se rétrécit beaucoup lorsqu'il a mieux observé les symptômes, lorsqu'il a entendu le récit des anamnestiques ; alors il hésite seulement entre un petit nombre d'espèces morbides. Les essais thérapeutiques qu'il fait impliquent la connaissance des propriétés des agents thérapeutiques dont il se sert.

On le voit, les traitements *per juvantia et lædentia* ne sont pas une œuvre de novice. Tout au contraire, cette tâche exige une grande instruction et beaucoup d'expérience.

Faute d'une érudition suffisamment étendue, on méconnaît des maladies dont les modèles existent dans la science écrite. Le grand Sydenham lisait trop peu, et il a cru mal à propos nouvelles certaines des maladies populaires qu'il a observées. De là, pour lui, quand il les rencontrait pour la première fois, nécessité de tâtonnements thérapeutiques qu'avec un peu plus d'érudition il se serait épargnés. Les malades sur lesquels il s'instruisait ainsi s'en seraient bien trouvés.

Le traitement *per juvantia et lædentia* est donc un pis-aller. J'ai parlé en son lieu des difficultés du diagnostic et du secours que l'expérimentation thérapeutique prête alors. L'effet obtenu est fréquemment assez significatif pour dissiper toutes les obscurités. C'est ainsi qu'une saignée exploratrice apprend à distinguer l'oppression de la résolution des forces ; que l'avulsion d'une dent, en guérissant une névralgie faciale, en trahit la nature réelle ; que les succès du mercure, du quinquina, affirment l'existence des maladies dont ils sont le spécifique, etc.

L'appréciation de l'effet obtenu n'est pas toujours chose aisée. Certaines causes d'erreur ne sont évitées que par le médecin qui connaît à fond le malade et le remède essayé. Son jugement diffère souvent de l'opinion exprimée autour de lui.

Faut-il mettre sur le compte de l'agent thérapeutique les phénomènes observés après son administration ? ou bien ces phénomènes sont-ils le produit naturel de l'évolution morbide et y a-t-il simplement coïncidence ? Les effets observés peuvent être d'origine morale et dépendre de la situation de l'esprit du malade au moment de la prescription.

Sont-ils réels, le fait de leur utilité ou de leur influence fâcheuse peut n'être démontré qu'au bout d'un certain temps. Tel agent débute bien et finit mal ; tel autre fait le contraire. Beaucoup de médicaments font payer leurs avantages par une maladie du remède fort accentuée et inspirant un découragement que le médecin ne partage pas.

Les vrais *lædentia* nuisent jusqu'au bout sans profit aucun. A moins que l'agent ne fasse dès l'abord un mal évident, il ne faut pas se hâter de le déclarer tel.

Les vrais *juvantia*, quel que soit le commencement, doivent amener, en définitive, une amélioration marquée ; et cette amélioration, ainsi que je viens de le dire, peut se faire attendre et même être précédée de symptômes en apparence malfaisants.

Ne confondons pas les effets *utiles* avec les effets simplement *agréables*. L'hydropique boit avec plaisir des quantités d'eau qui lui nuisent. Il serait cruel de lui refuser cette satisfaction ; mais il faut accorder la boisson dans des limites raisonnables, et pour cela recourir aux moyens qui rendent la soif tolérable.

Je termine en disant que le traitement dont je parle n'emploie pas toujours des moyens actifs. L'expectation est un remède que l'on essaie avec avantage pour connaître une maladie et la guérir. Telle maladie est entretenue par l'abus que l'on fait de l'agent thérapeutique qui lui convient. A l'égard des fièvres d'accès, des syphilis rebelles, etc., il est bon de se demander si un mauvais emploi du quinquina, du mercure, n'est pas la cause de cette opiniâtreté ; parfois il a suffi de supprimer ces médicaments pour obtenir la guérison.

CHAPITRE II.

PRINCIPAUX GROUPES D'AGENTS THÉRAPEUTIQUES.

Tout modificateur dont nous réglons l'action à volonté, peut servir au traitement des maladies. Les agents thérapeutiques sont donc très-nombreux. On les a divisés en trois séries : *hygiéniques*, *pharmacologiques*, *chirurgicaux*. On les fait connaître chacun individuellement dans les traités spéciaux. Je dois me contenter ici d'une étude générale.

ARTICLE PREMIER. — AGENTS HYGIÉNIQUES.

Leur ensemble répond à ce que dans l'antiquité on appelait *diète*. Δίαιτα signifiait *vivendi institutum*, manière de vivre, et comprenait non-seulement le régime alimentaire comme on l'entend aujourd'hui, mais encore toute la matière de l'hygiène.

Les organismes vivants entretiennent avec le milieu qui les enveloppe des relations intimes et nombreuses. C'est dans ce milieu qu'ils trouvent leur appui et les matériaux indispensables. Plus la vie est riche en facultés, plus cette dépendance est étroite. Les êtres qui pour exister n'ont pas besoin de ce qui les entoure sont inanimés. Je conçois un métal, une pierre, indépendants du milieu, mais non un individu vivant. L'homme étant, parmi ces individus, le plus largement vivant, est celui qui entretient avec ce milieu les rapports les plus étroits de dépendance, celui que ce milieu impressionne et modifie le plus fortement. En se civilisant, l'homme multiplie et resserre les liens qui l'unissent à ce qui l'entoure et dont l'étude constitue l'hygiène. L'hygiène, réglant nos rapports avec le milieu, avec nos semblables et ceux que nous entretenons avec nous-même, est d'un emploi constant. Elle varie selon les nécessités du présent. L'hygiène qui convient au malade est l'hygiène thérapeutique.

D'après ce que je viens de dire, on ne se soustrait pas à l'hygiène ; on la modifie, on la règle selon les besoins.

Les agents hygiéniques étant inévitables, sont essentiellement les plus naturels. Leur action est lente ; mais par sa constance, sa

durée, elle acquiert une énergie dont les effets immédiats seraient certains avec l'aide d'un temps suffisamment long.

A titre d'accessoire ou de principal, il y a toujours un traitement hygiénique à ordonner.

Le but prochain de ce traitement est de provoquer le fonctionnement hygide, de lui donner plus d'ampleur, de le placer dans les conditions les plus favorables à la guérison. A moins d'inopportunité, à moins d'excès, l'agent hygiénique ne devient pas cause morbifique ; il n'est pas suivi des scènes pénibles, extra-hygides, qui accompagnent l'administration des agents pharmacologiques énergiques et les opérations chirurgicales. On n'observe ici rien de ce qu'on a nommé la *maladie du remède,* et dont j'aurai à parler à l'occasion des deux autres séries.

Les traitements par l'hygiène sont les plus conformes à ceux que l'on doit à la faculté médicatrice agissant spontanément. Ils sont par conséquent les plus souhaitables. Leur intervention expose moins à des conséquences nuisibles. Ils n'apportent avec eux aucun dégoût, aucune douleur. Les malades les acceptent avec faveur, à moins qu'on n'exige le sacrifice d'habitudes aimées.

L'inconvénient de ces traitements réside dans la lenteur de leur action, ce qui les rend insuffisants toutes les fois qu'une mutation prompte est jugée nécessaire. Pour ce motif, leur rôle s'agrandit dans les maladies chroniques. Malheureusement alors le traitement hygiénique est d'une réalisation difficile, le sujet ne pouvant pas ou ne voulant pas faire ce qui convient.

Ainsi que je l'ai dit, le traitement par l'hygiène est toujours indiqué; mais je dois déterminer d'une manière générale l'importance de son rôle.

Il tient la première place dans les maladies causées et entretenues par une action hygiénique devenue hostile. Il est tout simple qu'une bonne hygiène corrige ce qu'une mauvaise a produit. Dans les cas de ce genre, l'effet thérapeutique ne se fait pas attendre si la maladie ne s'accompagne pas de profondes lésions d'organe. Tout le monde sait la prompte amélioration qu'on obtient à l'aide de satisfactions morales dans les maladies nostalgiques ou analogues, à l'aide d'un changement d'air dans celles qui dépendent d'un milieu malfaisant, etc. Les maladies chroniques sont fréquemment la conséquence d'habitudes vicieuses, et doivent être avant tout combattues par des habitudes différentes. D'ailleurs, nous

venons de voir que les agents dont je parle, longtemps employés, sont ce qu'il y a de plus efficace pour obtenir des modifications constitutionnelles profondes et durables. Le traitement hygiénique est seul mis en usage quand la nature suffit à la guérison (thérapeutique expectante), quand, au début des maladies, le diagnostic n'est pas formé, rien d'ailleurs n'indiquant le moindre danger. Il est un auxiliaire, mais un auxiliaire indispensable des traitements pharmacologiques ou chirurgicaux. L'hygiène est presque exclusivement utilisée chez les personnes délicates, valétudinaires, chez les convalescents. D'ordinaire, elle tient la première place en prophylaxie.

Je ne fais qu'indiquer ces sujets importants. Je renvoie pour les détails à l'ouvrage de M. Ribes [1], et à celui de mon collègue M. Fonssagrives [2].

ARTICLE II. — AGENTS PHARMACOLOGIQUES.

L'agent *hygiénique* est tellement naturel qu'il trouve constamment son emploi. Le médicament est un accident dans la vie et n'est de mise qu'en pathologie. On obtient avec lui ce qu'on ne peut pas espérer de l'hygiène. Il supplée à l'insuffisance de cette dernière, et nous verrons que la chirurgie supplée pareillement à l'insuffisance de la pharmacologie.

L'agent hygiénique peut ne pas être matériel (moyens moraux); il peut être impondéré (calorique, électricité, lumière); le médicament est une substance toujours palpable, que le pharmacien prépare, associe, combine et même peut créer de toutes pièces.

L'air chargé de matières utilisées autrement que pour la respiration, cesse d'être un agent exclusivement hygiénique.

La substance qui, introduite dans l'estomac pour une fin utile, agit autrement que par sa digestibilité, et à plus forte raison celle qui n'est pas digestible, doit être inscrite parmi les médicaments. Rien n'est donc plus aisé que la distinction théorique de l'aliment et du médicament. L'aliment est la matière de la digestion, le médicament est ce qui sert d'une autre manière. Sans doute le

[1] *Traité d'hygiène thérapeutique*, 1860.

[2] *Hygiène alimentaire des malades, des convalescents et des valétudinaires, ou du régime considéré comme moyen thérapeutique*, 2e édit. Paris, 1862.

même agent peut posséder les deux propriétés, l'une alimentaire, l'autre pharmacologique. Cela prouve qu'il a le droit de figurer dans les deux séries, et cela démontre aussi l'impossibilité où nous sommes de faire passer nos distinctions absolues dans le réel des choses.

Le médicament, comme l'agent hygiénique, a pour but définitif la récupération de la santé ; mais le mécanisme de son action est différent : par l'hygiène, on agrandit une fonction permanente, hygide ; on lui donne un développement spécial. La pharmacologie agit par l'intermédiaire d'une modification passagère qui n'était pas nécessaire avant la maladie, et qui cessera de l'être après la guérison. Cette modification, à en juger par ce qu'on observe quand elle est prononcée, est extra-hygide, pathologique ; c'est une ressource extraordinaire qu'on emploie pour remplir une indication que l'activité normale ne pourrait remplir.

La pensée que l'action médicamenteuse est pathologique en fait ou par tendance est née de bonne heure. Chez les Latins, *medicamen, medicamentum,* signifiaient également médicament et poison. *Medicamentarius* se disait aussi bien de l'apothicaire et de l'empoisonneur.

La toxicologie, comme la pharmacologie, étudie l'action de substances qui ne sont pas les stimulus, la matière du fonctionnement hygide. La première, ne voyant que le mauvais côté de cette action, s'occupe particulièrement des substances les plus dangereuses. La seconde considère cette action au point de vue du parti que l'on peut en tirer, pour dissiper un plus grand mal. Ces deux sciences se ressemblent en ce sens, qu'elles nous montrent l'homme aux prises avec des agents non naturels, non nécessaires à la vie normale. Il n'y a pas, même en théorie, de séparation possible entre les médicaments et les poisons. Le médicament le plus faiblement hostile commence une ligne qui aboutit au poison le plus violent, lequel, comme chacun sait, peut être employé comme médicament. Ces prémisses, on va le voir, étaient indispensables.

Les médicaments agissent par leurs propriétés physico-chimiques. Ceux qui ont recours à une force particulière indépendante de ces propriétés, font une hypothèse que rien ne justifie. Jusqu'à présent on n'a trouvé dans les médicaments que des propriétés physico-chimiques ; il n'y a pas de raison pour admettre

que leur action a une autre origine ; d'autant mieux que le corps vivant et le médicament ayant, tous les deux, en tant que matière, des qualités communes, peuvent très-bien s'atteindre et se modifier l'un l'autre.

Tant que le conflit est physico-chimique, il est du ressort de la chirurgie. Il en est autrement si les scènes qui succèdent portent le cachet de la vie et sont l'œuvre spéciale des facultés de cette dernière, provoquée par le médicament. Les effets de ce genre sont appelés *dynamiques*, pour les distinguer des autres. Les effets dynamiques constituent le domaine propre de la pharmacologie, que pour ce motif plusieurs médecins appellent *pharmacodynamie*.

Certes, l'étude physico-chimique du conflit médicamenteux est pleine d'intérêt et d'utilité, puisqu'un fait physico-chimique existe toujours au début et détermine la nature des faits dynamiques subséquents ; mais s'arrêter là, c'est méconnaître ce qui revient à l'activité vitale et ne voir qu'une partie du phénomène. Je sais que toute une École prétend que les opérations de la vie, sans exception, sont réductibles à la physico-chimie; celle-ci, dit-elle, une fois perfectionnée, le mot *dynamique* sera sans objet et disparaîtra. Mais le praticien ne prend pas des espérances vagues pour des réalités ; il se dirige d'après ce que le présent lui permet de savoir, et non d'après ce que l'avenir pourra lui apprendre. Il accepte les faits physico-chimiques démontrés, il les utilise et conserve à la pharmacologie son caractère dynamique jusqu'à preuve expérimentale du contraire.

La raison première de l'action provocatrice du médicament sur le corps vivant nous échappe comme celle de toutes les causes. La cause de la combinaison de la potasse avec l'acide sulfurique est, en soi, autant inconnue que la cause de la vertu émétique du tartre stibié. Nous ne jugeons les causes que par les phénomènes observables. A mesure que l'étude de ces phénomènes progresse, nous remplissons une lacune, mais nous finissons toujours par rencontrer un problème insoluble, et la difficulté n'est que reculée. Pourquoi l'opium fait-il dormir ? La chimie nous fournit une explication que les anciens ignoraient, et qui dissipe une des obscurités du problème. Nous savons aujourd'hui que la propriété dont je parle, tient à la présence de la morphine, de la codéine. Mais pourquoi la morphine, la codéine, font-elles dormir ? Tout ce qu'on peut dire, c'est que la morphine, la codéine, amènent

telle condition organique dont le sommeil est la conséquence. Mais pourquoi la morphine, la codéine, ont-elles le privilége de provoquer cette condition organique? Nous sommes aujourd'hui incapables de répondre, et si, par cas, l'avenir nous révélait cette explication, un fait plus intime se trouverait derrière comme un autre point d'interrogation. Nous n'aurions toujours que la raison expérimentale, empirique, du fait étudié, et non l'idée adéquate à sa cause ; en sorte que , malgré les découvertes chimiques, physiologiques, qui nous dévoilent quelques anneaux de la chaîne, malgré l'avantage que ces progrès nous donnent sur nos devanciers, il nous faut revenir en définitive à la réponse de Molière, que tout le monde sait.

Il est donc bien compris que les effets dits médicamenteux contiennent tout ce que nous pouvons savoir au sujet de leur cause, laquelle en elle-même échappe à nos investigations.

Deux facteurs concourent à produire ces effets : le médicament, agent provocateur physico-chimique; l'organisme vivant, cause génératrice des effets dynamiques et agissant selon ses facultés propres, en vertu du genre d'impression qu'il a subie. Que trouvons-nous dans l'opération supposée complète, et atteignant le but que le praticien s'est proposé ?

Après les faits du commencement, dont le caractère est physico-chimique, imbibition, dissolution, réactions moléculaires qui changent parfois la composition du médicament et conséquemment les effets de ce dernier, etc., surviennent les scènes dynamiques, qui sont l'objet de mon étude actuelle.

L'organisme provoqué est entraîné à des actes nouveaux ; il est modifié d'une certaine manière, et cette modification le met en mesure d'opérer sa guérison. Nous avons donc deux ordres de phénomènes : les uns se rattachent directement à l'impression provocatrice reçue ; les autres dépendent de la situation nouvelle dans laquelle l'organisme a été placé. Faisons connaître chacune de ces séries de phénomènes, et cherchons à découvrir le lien qui les unit.

Les premiers sont d'ordinaire obtenus avec facilité ; il suffit que les facultés sensitive, motrice, soient conservées. On les observe chez l'homme sain, comme chez le malade. Ils se composent d'actes très-variables selon la nature du médicament, selon la susceptibilité du sujet; actes pathologiques, ou, si l'on veut, extra-

hygides, puisqu'ils succèdent à l'action d'un stimulus non naturel, puisqu'ils ne concourent directement à aucun fonctionnement normal. Ce caractère pathologique est souvent accentué. Dans ce cas, les actes dont je parle se distinguent très-nettement de ceux dont je parlerai tout à l'heure ; on les étudie maintenant en France sous le nom d'effets *pathogénétiques*, en Angleterre sous le nom d'*operative effects*. Dans mon ouvrage de *Pharmacologie générale*, publié en 1847, j'ai proposé de les appeler effets de *mutation affective* ou de *pharmacopathie*. J'expliquais que cela voulait dire : effets réalisés par le corps vivant considéré en tant que sensible, impressionnable, effets de médicamentation pure.

Ce n'est pas uniquement pour réaliser ces phénomènes de conflit que l'on prescrit les médicaments. On veut au moyen de ces effets *pathogénétiques, opérative, pharmacopathiques*, le nom importe peu, susciter des changements favorables au malade. L'action curative est l'œuvre spéciale d'une faculté autre que la sensibilité, et qui est la faculté médicatrice. Cette action constitue un second travail lié au premier, mais distinct, et qui s'exprime par une amélioration des phénomènes de la maladie.

Évidemment les effets de la seconde série ne sont pas possibles sur un sujet bien portant. Trop souvent ils manquent chez le malade, et l'on n'observe que les premiers. Ceux-ci, ai-je dit, sont généralement faciles à obtenir. Il suffit d'augmenter la puissance du médicament, de le faire sentir. Pour les autres, au contraire, combien de précautions à prendre, combien d'obstacles ! Il faut que le conflit entre le médicament et le corps vivant soit provoqué et se déroule d'une manière appropriée aux exigences du moment, sans quoi il serait inutile, dangereux.

Les effets médicamenteux qui succèdent à ceux de conflit et rendent ceux-ci fructueux, sont les effets dits *thérapeutiques*. Dans l'ouvrage cité tout à l'heure, je proposais pour eux l'épithète *pharmaco-thérapiques*, pour les distinguer de ceux qu'on obtient de l'hygiène, de la chirurgie.

L'opération est donc complexe et se compose de deux parties: l'une directement liée à la provocation médicamenteuse, également possible dans la santé et dans la maladie, a un but prochain extra-hygide et par conséquent pathologique, et nous montre l'organisme obéissant à un stimulus en vertu de sa sensibilité, de son impressionnabilité. L'autre procède de la faculté médicatrice,

implique la maladie, et a pour but propre la restauration du fonctionnement hygide.

Les phénomènes de la première série ne sont pas toujours appréciables. Certains médicaments, dont plusieurs sont très-efficaces (les spécifiques), opèrent avec un silence et un mystère qui contrastent avec la grandeur de l'effet thérapeutique. Il n'en est pas moins vrai qu'il y a des faits intermédiaires entre ce dernier et l'administration du médicament. Loin de les nier dans le cas où ils sont invisibles, toutes les Écoles en font l'objet d'une recherche assidue.

Toutes les opérations de la vie qui exigent la coopération d'un stimulus présentent à l'analyse : d'abord un conflit, et puis l'utilisation de ce conflit. La médicamentation rentre ainsi dans la loi commune.

La seconde est la conséquence de la première, mais conséquence si peu nécessaire qu'elle manque souvent, et que le même effet thérapeutique peut avoir lieu spontanément, sans médicamentation.

Les idées que je viens d'émettre ne sont pas nouvelles. Tous les auteurs de pharmacologie les admettent implicitement, mais aucun ne les a formulées avec la netteté désirable. Les expressions dont ils se servent ajoutent à l'obscurité de l'exposition. Voyons ce que valent ces expressions.

Les auteurs qui disent : effets *primitifs, immédiats* et effets *secondaires*, sont dans le vrai, au point de vue du moment de l'apparition de ces effets. Mais comment ne pas reconnaître l'insuffisance d'une division qui n'apprend rien sur la nature, sur le rôle des phénomènes, et qui d'ailleurs laisse de grandes difficultés dans l'application ?

On sait quand commencent les phénomènes primitifs : mais où finissent-ils et où commencent les secondaires ? En bonne règle, un seul phénomène est primitif, immédiat ; tout le reste est secondaire, médiat. L'effet primitif d'un vésicatoire est l'hyperémie ; la vésication, la sécrétion séro-purulente d'abord et puis tout à fait purulente, la sécrétion diphthéritique, la gangrène, etc., qui surviennent parfois, sont des phénomènes secondaires. Qui ne voit pourtant que tout cela fait une série naturelle dont on ne peut scinder les parties !

Les effets médicateurs constituent une série fort différente, et

l'on ne me met pas à même de les distinguer, ce qui est bien important. J'ajoute que souvent les effets médicateurs coexistent et même sont accomplis, lorsque les autres continuent encore. Il faudrait donc des explications particulières pour opérer ce discernement ; pourquoi ne pas donner ces explications tout d'abord ?

On a bientôt pensé qu'une classification basée sur la chronologie n'était pas scientifique, et l'on a jugé nécessaire de caractériser chaque série par une idée sur la nature des phénomènes qu'elle présente. On l'a fait en disant que les uns étaient *physiologiques* et les autres *thérapeutiques*, et ce langage est généralement adopté.

Le progrès est visible; car en reconnaissant le groupe si naturel des effets thérapeutiques, ou de médication, on pose la limite de ceux qui sont de pure médicamentation.

Le problème de la séparation est donc nettement résolu. Le mot *effets thérapeutiques* d'un médicament est exact. Le mot *pharmaco-thérapiques*, que j'ai proposé, n'a que le mérite d'être plus court.

Mais je n'approuve pas qu'on oppose à ces effets des effets qu'on nomme *physiologiques*. La différence entre ce qui est physiologique et ce qui est thérapeutique me semble difficile à saisir. Un fait médicateur est autant physiologique que quoi que ce soit, si, comme cela se doit, la pathologie est considérée comme un des aspects de la physiologie. Quant aux médecins qui veulent que les phénomènes de la santé soient seuls physiologiques, ils ne comprendront pas qu'on appelle ainsi une vésication, un vomissement, une intoxication par la belladone, par le mercure, etc., etc.; et ils donneront raison à ceux qui emploient alors les mots *pathologique*, *pathogénétique*.

Les partisans de l'épithète *physiologique*, forcés d'admettre l'exactitude de ces remarques, justifient leur choix de la façon suivante : Les effets en question, disent-ils, doivent être nommés physiologiques parce qu'on les observe, à l'exclusion des effets thérapeutiques, chez les sujets bien portants. Ceci n'est pas une différence, puisqu'on les trouve également chez les malades.

Il y a des effets de la première série qui n'existent pas chez l'homme sain, parce que la maladie seule les rend possibles ; par exemple, le vomissement provoqué par une cuillerée de tisane d'orge chez un sujet atteint de gastrite, la gangrène qui suit la

vésication chez un sujet profondément adynamique, etc., etc. Ce ne sont pas là certainement des effets physiologiques ; ils sont encore moins thérapeutiques. Comment donc faut-il les nommer ? Cet embarras se présente pour les partisans de l'opinion que je combats, toutes les fois que le malade, modifié dans sa sensibilité, dans son impressionnabilité, répond aux stimulus provocateurs autrement qu'il ne l'aurait fait avant sa maladie, qu'il ne le fera après la guérison. Si l'on avait donné à la médicamentation clinique l'importance qu'elle mérite, jamais l'expérimentation sur l'homme sain n'aurait été prise pour point de départ des études pharmacologiques, et jamais on n'aurait songé à appeler physiologique, dans le sens que je viens d'indiquer, un effet quelconque du médicament.

Plus on examine, et plus on s'assure que le mot *physiologique* est malheureux, et je ne conçois pas le succès qu'il a eu. Toute analyse des effets médicamenteux, pour être exacte et fidèle, doit distinguer le moyen et le but final. Le moyen est la médicamentation, à savoir : le changement subi par le corps provoqué en tant que sensible ; le but est la médication, à savoir : le parti que le corps, en tant que doué d'un pouvoir conservateur, tire de la situation où la médicamentation l'a placé. Dans l'une, l'organisme pâtit, cède ou réagit ; dans l'autre, l'organisme, fonctionnant synergiquement et développant sa plus éminente faculté, fait tourner au profit de ses nécessités actuelles la mutation à laquelle on l'a artificiellement contraint. Prenons pour exemple un vésicatoire appliqué avec succès : les effets de conflit ou de médicamentation sont la fluxion, la phlogose, la suppuration qu'on observe en premier lieu ; les effets thérapeutiques ou de médication sont variables selon la maladie. Soit un engorgement, un épanchement à résoudre ; les effets thérapeutiques sont la cessation de l'état organique cause de l'engorgement, de l'épanchement, l'absorption des matériaux vicieusement accumulés, le retour des parties à la forme, au fonctionnement normaux.

Quand, chose malheureusement fréquente, malgré le secours qui lui a été prêté, le corps ne s'est pas trouvé en mesure de réaliser l'effet thérapeutique, les phénomènes de conflit se sont bornés à ceux de médicamentation ; à plus forte raison lorsque la médicamentation inopportune, excessive, dévie et aggrave la situation du sujet.

La pharmacologie a pour objet la connaissance des mutations de conflit susceptibles de devenir médicatrices, et la recherche des conditions qui, du côté du sujet, du côté de l'agent, favorisent cette évolution. Elle signale les mutations de conflit inutiles, nuisibles, et donne le moyen de les éviter.

En ce qui concerne le médicament, on doit savoir sa composition chimique, ses éléments principalement actifs (principes immédiats), ses réactions avec les substances auxquelles on l'associe, avec les liquides de l'organisme. C'est là, ainsi que je l'ai dit, l'histoire physico-chimique de la médicamentation, histoire qui se perfectionne tous les jours au grand profit de la thérapeutique.

L'histoire pharmaco-dynamique comprend, en premier lieu, le genre d'effets de conflit que le médicament provoque d'ordinaire, les parties utiles, les parties inutiles, dangereuses de ce conflit.

Certaines activités médicamenteuses peuvent ne se révéler que par les effets thérapeutiques. Alors, les effets de conflit efficaces étant inconnus, il convient, dans la majorité des cas, de prescrire des doses incapables de donner lieu à la maladie du remède. Le bien s'accomplit en silence. Il serait à désirer que toujours il pût en être ainsi. Mais la maladie du remède est souvent nécessaire dans une foule de circonstances, et d'abord celles où la maladie du remède est le point de départ obligé de ce qui va suivre (rubéfaction, vésication, émétisation, purgation, etc.). Le praticien juge du degré de développement qu'il doit lui donner. La maladie du remède obtenue par l'augmentation des doses est utile quand l'effet thérapeutique se fait attendre, surtout quand il importe de le réaliser au plus tôt. C'est ce qu'on appelle *saturation médicamenteuse*. Au moment de la saturation médicamenteuse. l'activité de l'agent, parvenue à son *summum*, augmente les chances de guérison : par exemple, la belladone prescrite contre une névralgie, n'est souvent efficace que lorsqu'elle est poussée à des doses amenant un commencement d'intoxication. Quand il s'agit de fièvres intermittentes graves, le praticien ne craint pas d'exposer le malade à l'ivresse quinique. Le pire de tout alors serait de rester en deçà du nécessaire. La pharmacologie fait connaître les circonstances dans lesquelles la saturation est sans péril, et celles où elle est dangereuse.

Grâce aux progrès récents de la physiologie, on est plus en

mesure aujourd'hui de savoir quels sont les organes sur lesquels les médicaments portent primitivement leur action, quels sont ceux qui coopèrent ensuite, et de quelle manière tout cela s'accomplit. On cherche surtout, avec un zèle louable, à faire la part qui revient aux centres nerveux. Une foule d'assertions sont émises, qui ne tendent à rien moins qu'à changer la face de la pharmacologie. Mais tant que l'expérience clinique n'aura pas jugé en dernier ressort, ces assertions ne peuvent être acceptées comme vérités acquises, en tant, bien entendu, qu'elles touchent à la thérapeutique. Il est prudent d'attendre que l'expérimentation poursuivie au lit du malade ait fait le départ de ce qui, dans l'expérimentation extra-clinique, sera inutile ou profitable à la pratique. Conservons, jusqu'à ce qu'on nous ait donné quelque chose de mieux, les anciennes divisions : médicaments évacuants, médicaments altérants; médicaments à action locale, médicaments à action générale; médicaments agissant indifféremment sur toutes les parties qu'ils atteignent, médicaments exerçant spécialement leur activité sur certains organes : cerveau, moelle épinière, appareil vasculaire, appareils urinaire, salivaire, etc., etc.

Il me reste peu à dire au sujet de l'effet thérapeutique. Évidemment, pour qu'il soit obtenu, il faut que la mutation de conflit satisfasse aux besoins actuels de l'organisme malade. Efforçons-nous donc de connaître ces besoins, d'apprécier le genre de susceptibilité du sujet, afin de provoquer le changement qui convient précisément dans les circonstances présentes. La nature vivante est disposée, et alors une petite médicamentation suffit; dans les cas contraires, une médicamentation énergique est indiquée. Autant que faire se peut, procédons plutôt par insinuation que par violence, mais n'hésitons pas à employer celle-ci quand elle est jugée nécessaire.

Je borne là mes considérations sur les médicaments. Le lecteur qui voudra de plus amples renseignements les trouvera dans mon *Traité de pharmacologie générale*. Je reviendrai d'ailleurs forcément sur ce sujet, en parlant de l'*opportunité thérapeutique*.

ARTICLE III. — AGENTS CHIRURGICAUX.

Les uns respectent l'intégrité des tissus (bandages, appareils, etc.), les autres y portent atteinte (opérations sanglantes). Leur action est toujours essentiellement physico-chimique; elle est donc réalisable sur le cadavre, et c'est à l'amphithéâtre que l'on s'exerce aux manœuvres chirurgicales. Ce fait seul révèle toutes les différences qui séparent la chirurgie de la pharmacologie, de l'hygiène.

Il y a des cas où l'on ne demande à l'agent chirurgical qu'un effet purement mécanique : c'est ainsi qu'un obturateur complète la voûte palatine, qu'un brayer s'oppose à l'issue d'une hernie, etc.

Le plus souvent, aux actes mécaniques succèdent des phénomènes vitaux. Tels sont les effets médicateurs accomplis par l'organisme, sous l'influence de la situation favorable donnée aux parties par le chirurgien. L'appareil d'affrontement, de contention pour une plaie, une fracture, n'est qu'un auxiliaire. L'organisme seul, par ses facultés propres, a le privilége de souder les tissus divisés. C'est encore l'organisme seul qui, avec le secours de la compression, absorbe les liquides infiltrés dans une partie engorgée, qui fait le travail nécessaire pour l'oblitération d'une artère anévrysmale, etc.

L'opération par instrument tranchant remplace avec avantage la manœuvre non sanglante, ou bien ajoute à celle-ci son complément indispensable, en rendant les tissus aptes à agir de la façon souhaitée. Après avoir tenté vainement de guérir un anévrysme par la compression, on a recours à la ligature. L'appareil d'affrontement est sans effet lorsque les bouts de l'os fracturé sont cicatrisés; la résection fait disparaître l'obstacle, et la nature est mise en mesure d'accomplir son œuvre de réunion.

Dans les cas dont je viens de parler, l'organisme ne parvient à la guérison entière qu'après avoir réalisé les actes médicateurs de la maladie et ceux du traumatisme qui lui a été infligé.

L'opération a-t-elle enlevé la totalité de la maladie (amputation d'un membre, enlèvement d'une tumeur), il n'y a plus que les conséquences de cette opération.

Il suit de ce que je viens de dire que l'agent chirurgical, sauf lorsqu'on ne lui demande qu'un résultat mécanique, a besoin de

la coopération de l'organisme vivant. Il met en jeu, comme l'agent pharmacologique, des effets de sensibilité, des effets thérapeutiques dont il n'est que la cause provocatrice, et qui constituent une véritable maladie succédant à l'opération sanglante.

L'action physico-chimique exercée sur les tissus est certaine; une main habile servie par de bons instruments obtient sûrement les effets mécaniques de la compression et opère toutes les divisions, toutes les mutilations voulues. De nos jours, grâce aux perfectionnements modernes, le champ des opérations licites s'agrandit. C'est à cause de cette certitude que beaucoup de médecins admettent la supériorité de la chirurgie sur l'hygiène, sur la pharmacologie. Il n'en est pas ainsi en ce qui concerne l'effet thérapeutique. Celui-ci, comme partout ailleurs, dépend de la manière avec laquelle l'action chirurgicale est sentie, de la situation des forces, des aptitudes, des prédispositions du sujet.

Quand la maladie est locale et convenablement située, on peut, il est vrai, l'enlever en peu de temps, ce qu'aucun agent hygiénique ou pharmacologique ne saurait faire en aucune circonstance. Mais cet avantage est payé parfois chèrement par la maladie que suscite l'opération.

La certitude de l'action chirurgicale, en tant qu'action mécanique, ne représente un avantage qu'à la condition d'être opportunément employée d'après les suggestions d'un diagnostic, d'un pronostic exacts. Or, on sait les erreurs possibles du diagnostic chirurgical, les incertitudes de son pronostic. Le traumatisme d'un membre, par exemple, étant donné, nous ne pouvons formuler que d'après des probabilités un jugement sur les suites qu'il est susceptible d'entraîner. Parfois les motifs pour ou contre l'amputation se balancent et nous laissent dans l'anxiété. Il faut pourtant prendre un parti, et, si c'est celui de l'opération, la mutilation est irréparable. En médecine proprement dite, des hésitations pareilles ne sont pas rares. Mais alors nous tâtons le sujet, nous faisons des essais prudents, nous revenons sur nos pas quand le remède n'est pas celui qui convient. Le mal produit est d'ordinaire réparable. Il n'en est pas ainsi de l'opération qui s'impose entière avec ses conséquences. Au moment de s'y décider, le chirurgien regrette quelquefois que l'indication ne soit pas aussi certaine que le moyen.

Les fautes du chirurgien dans l'exécution d'une opération,

fautes que le plus habile n'évite pas toujours, ont communément des suites plus graves que celles que l'on peut commettre dans l'administration d'un agent hygiénique ou pharmacologique.

Il est des sujets plus impressionnables qu'on ne pourrait le penser, et chez qui se développent des accidents formidables, parfois mortels, à l'occasion d'une opération même légère. Tant que les cas de ce genre ne seront pas prévus, la certitude de la thérapeutique chirurgicale sera une proposition aventurée.

L'agent chirurgical ne produisant par lui-même que des effets mécaniques, locaux, les maladies affectives sont hors de sa portée; il en est de même des lésions profondément situées. La pharmacologie et l'hygiène ont alors sur lui des avantages incontestables.

L'hygiène, la pharmacologie, tiennent une grande place dans tout traitement chirurgical. Plusieurs opérations se composent de deux temps, dont le second consiste à utiliser les propriétés dynamiques d'un médicament. L'opération de l'hydrocèle par injection d'une substance irritante rentre dans cette catégorie. La chloroformisation offre encore un exemple de l'emploi de la pharmacologie comme auxiliaire de la chirurgie.

En résumé, le chirurgien ne peut compter avec assurance que sur la partie mécanique de ses agents. Le reste, comme partout en thérapeutique, est aléatoire.

La question de prééminence est puérile. La chirurgie est supérieure là où elle convient, comme aussi, de leur côté, l'hygiène et la pharmacologie. Le meilleur remède est celui qui seul peut faire ce qui est bon, ou qui le fait mieux que les autres.

Personne n'ignore que la pratique chirurgicale exige une éducation manuelle *ad hoc* et des qualités particulières que tout le monde ne possède pas. Un médecin peut ne pas être chirurgien. Il est permis de dire que certains chirurgiens, absorbés par leur art spécial, ne sont pas médecins autant que cela serait souhaitable.

CHAPITRE III.

OPPORTUNITÉ THÉRAPEUTIQUE.

Il ne suffit pas de trouver l'agent qui convient, il faut l'employer à propos; cela est vrai en thérapeutique comme partout. La présence de conditions favorables est nécessaire au succès d'une entreprise quelconque. Les conditions favorables, en médecine pratique, résultent de l'aptitude du corps vivant à réaliser la mutation souhaitée. Cela constitue la réceptivité du sujet par rapport à l'agent thérapeutique. Or, cette réceptivité peut varier à courts intervalles, surtout dans les maladies aiguës. De là, l'épithète *fugitive*, dont Hippocrate, dans son premier aphorisme, se sert pour caractériser l'occasion.

Tout le monde reconnaît la nécessité de l'*opportunité* thérapeutique. Néanmoins, peu de médecins en ont traité d'une manière spéciale. Je recommande sur ce point la lecture de l'ouvrage de M. le professeur Golfin: *De l'occasion et de l'opportunité en matière de thérapeutique*; Montpellier, 1839.

L'*occasion* implique l'*opportunité*; aussi fait-on généralement ces mots synonymes. Je préfère le second. Opportunité s'applique spécialement aux choses de la vie. C'est une expression dont le sens est limité, précis, comme doit l'être toute expression scientifique. Le mot occasion est à l'usage des gens du monde et s'emploie pour une foule de choses extra-médicales.

J'ai parlé[1] d'une opportunité pathologique à laquelle beaucoup de causes morbifiques doivent leur influence. C'est pareillement l'opportunité qui fait l'efficacité des agents thérapeutiques. Ces deux opportunités sont la contre-partie l'une de l'autre. Malgré la diversité du but, elles se ressemblent au fond, obéissent aux mêmes lois et doivent être étudiées de la même manière.

L'opportunité est dans l'indication à titre de complément. L'indication dit ce qu'il faut faire, et l'opportunité indique le moment où l'action a le plus de chances de succès. Je dois apprécier les conditions favorables et formuler les règles pratiques d'après cette notion.

[1] Voir *Étiologie*.

La question de l'opportunité thérapeutique perd beaucoup de son importance aux yeux de ceux qui rejettent la doctrine de la faculté médicatrice, comme aussi aux yeux de ceux qui en exagèrent la portée. Pour les premiers, il faut agir le plus tôt possible contre la maladie. Pour les seconds, il n'y a jamais lieu de combattre la maladie; la seule action permise a pour but d'en favoriser le développement, de le régulariser.

La question de l'opportunité apparaît avec ses proportions voulues, ses exigences, ses difficultés, lorsqu'on part du principe expérimentalement démontré que, selon les circonstances, le corps vivant opère dans le sens de sa conservation ou dans le sens de sa perte. Il importe alors de distinguer les moments où des actions funestes, des actions bienfaisantes vont s'accomplir, s'accomplissent. Il y a donc, en thérapeutique, l'opportunité de seconder la nature disposée au bien, l'opportunité de la contrecarrer lorsqu'elle fait le mal. Mais comme, en définitive, la guérison n'est possible que par le triomphe des instincts favorables, tout se réduit à l'appréciation du pouvoir actuel ou des défaillances de la faculté médicatrice. Quel est le moment propice pour agir simplement à titre d'auxiliaire? quel est le moment utile pour rompre la direction des mouvements et donner à la faculté médicatrice ses aptitudes perdues? telle est, ce me semble, la vraie manière d'embrasser la totalité du problème de l'opportunité thérapeutique.

Ainsi que l'a dit Hippocrate, l'opportunité se rattache aux choses essentielles dans la maladie. Sans doute, elle est exigible dans la plus petite action; mais elle l'est surtout quand de graves événements se préparent ou ont commencé, et le temps est souvent court pour agir avec efficacité. Ce sont là les grandes questions d'opportunité, celles dont je m'occuperai, parce que seules elles appartiennent à la thérapeutique générale. Pour procéder avec ordre, j'examinerai l'opportunité dans les traitements prophylactique, curatif, palliatif.

ARTICLE PREMIER. — OPPORTUNITÉ PROPHYLACTIQUE.

Il y a, cela est évident, toujours opportunité de se soustraire à l'action des causes morbifiques, d'atténuer cette action quand on est obligé de les subir; mais vient un moment décisif pendant lequel

il faudrait particulièrement intervenir: c'est celui où l'impression malfaisante va se compléter et devenir déterminante, c'est celui où une prédisposition est sur le point de franchir le degré qui la sépare de la maladie. Nous sommes dans l'impossibilité de saisir ce moment précis, qui le plus souvent n'est marqué par aucun symptôme appréciable. La règle est donc de ne pas s'attarder, lorsqu'on a des raisons pour croire que la maladie est probable. Cette probabilité est grande et équivaut à la certitude, si le sujet a subi l'action d'une cause morbifique assez énergique pour surmonter les résistances ordinaires : poison, virus.

Le temps d'opportunité pour prévenir les effets du poison est très-court, car le propre des maladies réactives est de se déclarer bientôt après l'application de la cause. L'incubation, d'ordinaire assez longue, qui précède l'apparition des maladies virulentes, semblerait devoir permettre d'agir efficacement pour la prophylaxie de ces maladies. De nombreux essais ont pourtant prouvé qu'il est fort difficile, une fois l'inoculation faite, d'empêcher la formation de la maladie. Aussi est-il probable que l'impression décisive suit immédiatement, ou peu s'en faut, le moment de l'application du virus. Une exception remarquable existe en faveur du virus rabique. Tout le monde sait la puissance prophylactique de la cautérisation, lors même qu'elle n'a pu être pratiquée sur-le-champ.

Les prédispositions héréditaires ou acquises doivent être combattues le plus tôt possible. Il y a pourtant des époques d'opportunité où le praticien avisé redouble d'efforts ; ce sont celles où les chances de voir ces prédispositions passer à l'état de maladie sont plus nombreuses. Certaines périodes de la vie, certaines saisons, sont favorables à l'éclosion de la scrofule, de la goutte, du rhumatisme, etc. ; c'est alors le moment opportun pour le traitement prophylactique. Évidemment, la même règle s'applique aux récidives.

Je le répète, tout se réduit à ceci : soustraire le sujet à l'action de la cause morbifique avant que cette cause ait produit sur l'organisme l'effet provocateur décisif. Ce serait un grand progrès, et l'on en conçoit la possibilité pour un grand nombre de maladies, si, pouvant en diagnostiquer la proximité, nous possédions des moyens assez efficaces pour en enrayer la formation.

ARTICLE II. — OPPORTUNITÉ CURATIVE.

La conduite diffère selon qu'il s'agit de maladies qu'il faut arrêter ou bien de maladies qu'il faut respecter. Les premières sont celles dont l'évolution n'apporte avec elle que du mal (réactions, subactions dépendant d'un stimulus hostile provoquant la sensibilité hygide), et celles qui sont dangereuses à un haut degré (méningite, péricardite, phthisie, typhus, choléra, fièvre jaune, etc.). Pour obtenir l'arrêt du développement de ces maladies, l'opportunité est le moment le plus voisin de leur naissance. C'est perdre un temps précieux que de les laisser s'établir. Les chances du succès diminuent singulièrement lorsque les lésions d'organe, d'abord dynamiques et mobilisables, sont devenues anatomiques et fixes. Une simple fluxion vers la tête peut être combattue assez aisément. Cette fluxion, passée à l'état de phlegmasie, présente de grandes difficultés qui augmentent encore lorsque la phlegmasie est parvenue à l'époque de suppuration.

Principiis obsta pour tout ce qui est inutile ou dangereux, est donc une règle sans exception. On doit se hâter d'agir en vue de la jugulation, dès l'apparition des premiers symptômes. Il ne faut pas se laisser tromper par la modération de ces symptômes. Parfois le danger est sérieux et exigerait, pour être conjuré, une thérapeutique active, et cependant rien d'apparent ne l'indique dans le fonctionnement, qui n'est que médiocrement troublé. Certaines maladies ont été appelées *malignes* parce que de graves lésions s'y forment sourdement, parce que les forces fuient rapidement, malgré l'absence de symptômes significatifs. La connaissance de l'opportunité exige alors que pour suppléer au silence, à l'imperfection des symptômes, on ait recours aux données fournies par une étude exacte des prédispositions du sujet et par la constitution médicale régnante, en un mot, par l'étiologie[1]. Travail difficile, qui devient aisé lorsqu'une lésion locale caractéristique signale le danger prochain, ainsi que cela a lieu pour la pustule maligne.

D'un autre côté, certaines perturbations fonctionnelles semblent révéler de graves lésions. Il n'en est rien pourtant, et on peut

[1] Voir *Diagnostic*.

laisser aller les choses; c'est un orage temporaire et à peu près sans conséquence. Telle est une simple attaque de nerfs; tels sont certains accidents nerveux qui se montrent parfois chez les enfants pendant la fièvre d'invasion d'un exanthème. L'éruption est le meilleur remède de ces accidents, et ils n'ajoutent à la maladie aucune gravité.

Pendant la marche d'une maladie, des phénomènes divers se présentent, les uns favorables, les autres défavorables. Le pronostic permet d'en apprécier la portée, et désigne le moment opportun où il faut intervenir pour seconder les uns, pour empêcher ou atténuer les autres. C'est un grand point de prévoir les complications, de les reconnaître à leur commencement pour les arrêter.

En s'y prenant à temps et quand on redoute des difficultés, on aide à la réalisation d'un exanthème, on prépare l'établissement d'une crise, ou bien on prévient une rechute, une suppuration, une métastase. Pendant une constitution médicale bilieuse avec tendance à l'ataxo-adynamie, Stoll prévenait cette redoutable complication, en prescrivant un émétique dans les premiers jours de la fièvre. Plus tard, le temps d'opportunité étant passé, la complication survenait à peu près inévitablement. Il en était de même des pleurésies nerveuses décrites par Sarcone. L'opium n'avait qu'un temps d'opportunité, après lequel le narcotique perdait sa vertu bienfaisante. Tout le monde sait qu'il y a un moment précieux à reconnaître, pendant lequel le quinquina est efficace dans le traitement des fièvres d'accès, etc.

ARTICLE III. — OPPORTUNITÉ PALLIATIVE.

Plusieurs maladies deviennent incurables parce qu'on n'a pas fait le nécessaire quand il le fallait. Lorsque l'incurabilité primitive ou consécutive est établie, il faut avant tout s'attacher à conserver, autant qu'on le peut, à la maladie son caractère d'association pacifique et prévenir les intolérances dangereuses [1]. Le moment favorable pour remplir cette dernière indication étant passé, on est en présence d'altérations anatomiques avancées sur lesquelles on n'a plus qu'une faible action. C'est la cachexie, c'est-à-dire l'inauguration de la période dont la mort est le terme inévitable.

[1] Voir *Icurabilité.*

Le lecteur s'en est assuré dans ce qui précède; la question d'opportunité est au fond une question de diagnostic et de pronostic. Trop fréquemment, de ce dernier côté, il y a des obscurités. Les médecins expérimentés et habiles sont en mesure de les dissiper dans beaucoup de cas. Même dans les maladies aiguës, il est rare qu'un événement un peu important se déclare brusquement sans se faire annoncer par quelque prodrome. D'ailleurs, le véritable diagnostic, le diagnostic complet, comprend non-seulement la notion de ce qui est actuellement, mais encore celle des conséquences pour l'avenir. C'est affaire d'instruction et de sagacité. Celui qui manque de l'une ou de l'autre, et surtout de toutes les deux, laisse passer, sans les reconnaître, les meilleures opportunités, au grand préjudice de ses clients.

La pathologie spéciale enseigne les périls et les avantages de chaque maladie, non-seulement dans l'ensemble, mais encore dans chaque période de déviation, de restauration; on sait que certaines maladies aiguës (fièvres exanthématiques, pneumonies, etc.) ont des jours dangereux; l'essentiel est de mettre le malade en mesure de franchir l'obstacle. D'une autre part, il importe de saisir, dès les premiers signes, la première ébauche des efforts médicateurs et leur direction, afin de pousser de ce côté, selon le précepte hippocratique : *Quò natura vergit eò ducendum*. Mais la nature ne peut être prête sur-le-champ; aidons-la pour hâter le moment de l'opportunité. On diagnostique un état saburral dans une pyrexie ; l'émétique peut être néanmoins contre-indiqué, parce que l'estomac et l'ensemble sont trop fortement irrités. Quand on ne peut pas attendre du temps l'apaisement de cette excitation, on prescrit des boissons calmantes, des sangsues à l'épigastre, et, sous l'influence de ces sédatifs, le moment de l'opportunité du vomitif est rapproché. Rien de plus commun que de voir des catarrhes s'aggraver, parce qu'on a employé trop tôt une médicamentation sudorifique. Il n'y a opportunité pour ce traitement que lorsque la nature est disposée à la crise par les sueurs. *In morbis nihil est perniciosius quam immatura medicina*. Bien que celui qui a écrit ces mots, Sénèque, ne soit pas médecin, le précepte n'en est pas moins bon.

ARTICLE IV. — OPPORTUNITÉ EN CHIRURGIE.

Les règles ne changent pas au fond. C'est toujours d'après les données fournies par le diagnostic et le pronostic qu'on fixe le moment qui est celui où l'opération doit avoir le plus d'avantages et le moins d'inconvénients. Sauf les cas d'urgence et évidents (ligature d'une artère blessée et accesible, etc.), il y a toujours lieu d'examiner si l'opération doit être pratiquée dès l'instant qu'elle a été jugée nécessaire, ou bien s'il convient d'attendre.

Je suppose l'impuissance des autres moyens reconnue, l'opération sera pratiquée immédiatement toutes les fois que le mal fait des progrès rapides et dangereux : dans la hernie étranglée, par exemple, si promptement suivie de péritonite, de gangrène. L'amputation pour cause de traumatisme peut être décidée en principe, mais les uns pensent qu'elle doit être pratiquée au moment de l'accident, les autres sont d'avis d'attendre. Je n'approuve pas cette manière par trop chronologique de résoudre la question si importante de l'opportunité. En l'acceptant telle quelle, la règle posée par les premiers est passible de beaucoup d'objections. Tout traumatisme grave est suivi de phénomènes de collapsus; tant qu'il n'y a pas réaction, il est imprudent d'ajouter à ce collapsus celui que l'amputation entraîne après elle; les forces déjà rudement atteintes diminueront sous le nouveau coup, et la situation sera aggravée. La réaction est fréquemment violente, et ce moment, pour des motifs différents, ne me semble pas plus convenable que le précédent. Il faut donc attendre. Mais combien attendre? Ce n'est pas par jours ni par heures qu'on détermine le temps favorable. Celui-ci est arrivé lorsque l'émotion générale, suite directe de l'impression première, est notablement calmée; alors il ne reste guère que la lésion locale et ses conséquences, lésion locale dont il importe de débarrasser l'organisme, parce que là est désormais la cause des troubles et du danger. C'est donc un besoin de cet organisme qu'on satisfait en ce moment par l'amputation d'un membre incapable de se restaurer et de faire autre chose que du mal. En un mot, le moment de l'opportunité est arrivé lorsque c'est dans la partie blessée et non plus dans l'ensemble que se trouve l'indication principale. Cette opportunité s'a-

moindrit à mesure que l'influence funeste du désordre local fait des progrès; elle est passée, quand cette influence a amené des effets sympathiques irrémédiables. J'ajoute, que l'opération étant retardée comme je viens de dire, le moral du malade a le temps de se refaire, de se résigner au sacrifice voulu; circonstances toujours heureuses. Il est possible enfin que, par un retour inespéré, l'idée de la nécessité de l'amputation puisse être abandonnée. Les cas ne sont pas rares où la temporisation a permis de conserver un membre d'abord condamné.

Il est évident que, plus le traumatisme local est considérable, plus son influence fâcheuse sur l'ensemble est prompte et rapide, et plus on doit se hâter d'opérer. La difficulté d'apprécier comparativement la valeur de l'indication tirée de l'état local, laquelle réclame l'action chirurgicale immédiate, et celle qui, tirée de l'état général, veut être préalablement satisfaite, crée pour le praticien une situation délicate; tant il est vrai que le chirurgien, comme le médecin, a ses perplexités, ses incertitudes. Il est relativement aisé de poser une règle; mais comme celle-ci ne peut tout prévoir, il en résulte que parfois nous devons modifier le précepte selon les exigences du cas particulier. Jusqu'à présent les statistiques n'ont pas été d'un grand secours. Pour avoir de l'autorité, les statistiques doivent être composées d'unités semblables, et cette condition manque dans la plupart des séries de faits qu'on a présentées; entre les moyennes connues et les indications présentes, se faisant opposition, on se décidera certainement pour ces dernières. La partie de notre art où le numérisme thérapeutique a le moins de chances de succès, est sans contredit la chirurgie.

Cette règle perd de sa rigueur quand le traumatisme accidentel et le traumatisme chirurgical sont peu considérables. L'écrasement d'un doigt, par exemple, accompagné d'une émotion de l'ensemble nulle ou médiocre, permettra l'amputation dès l'arrivée du chirurgien, surtout si le patient est déjà et de lui-même consentant à ce sacrifice.

Dans les cas graves, je crois que le retard limité et calculé d'après les idées exposées plus haut, est en somme ce qu'il y a de mieux, et qu'en s'y conformant on diminuera le chiffre des insuccès après les opérations pour cause de traumatisme. Quant à espérer qu'elles puissent jamais être aussi souvent heureuses que celles qui sont pratiquées pour les maladies non traumatiques,

cela me paraît excessif. Le malade atteint de maladie chronique est habitué à la douleur, moins impressionnable, et, tout étant égal d'ailleurs, tolère mieux les entreprises chirurgicales que celui qui, brusquement et en pleine santé, subit presque coup sur coup deux traumatismes violents. Il importe de rendre le blessé semblable au malade ordinaire. Moyennant la règle que j'ai posée, on obtient cette similitude aussi complète que les circonstances le permettent. Avoir du temps devant soi; pouvoir, en ce qui concerne le malade et son entourage, préparer toutes choses de manière à ce qu'elles soient favorables au moment de l'action, est un avantage considérable dont on profite d'autant mieux que l'opération peut être renvoyée. Je vais examiner ce genre de cas au point de vue de l'opportunité.

Certaines opérations sont, avec raison, pratiquées dès que le diagnostic est établi. En principe, on enlèvera une tumeur cancéreuse lorsque sa nature et son siége seront connus. Un retard un peu long laisserait au mal le temps d'empirer, de s'étendre, et rendrait la manœuvre plus difficile pour le chirurgien, plus dangereuse pour le patient. Celui-ci n'a besoin que d'être préparé, et j'entends par préparation tout ce qui concerne le sujet lui-même et le milieu.

A l'égard du sujet il y a, comme toujours, la préparation morale, la préparation vitale, pour lesquelles on a plus de temps que pour les opérations plus ou moins pressantes dont il était question tout à l'heure. Il convient de compléter ces préparations le mieux possible. Elles exigent des soins particuliers lorsque la préoccupation de l'esprit est grande, lorsqu'on a lieu de croire à la présence, dans l'organisme, d'une prédisposition prononcée dont on redoute les conséquences. Je signale entre autres la tendance qu'ont quelques sujets à réagir démesurément à l'occasion du moindre traumatisme, et que l'on appelle *vulnérabilité*. Il est très-important d'en connaître les causes et de s'attacher à les combattre à l'aide des moyens appropriés et suffisamment prolongés. Chez l'un, on aura à craindre l'éréthisme nerveux; chez l'autre, l'éréthisme vasculaire; chez un troisième, cas le plus difficile et assez commun, les deux prédispositions seront réunies. Évidemment, s'il existe une maladie intercurrente (catarrhe, pyrexie, etc.), il faudra la traiter avec une insistance assez grande pour que l'opération et ses suites ne soient pas une occasion de rechute. Faire

naître l'opportunité, ai-je dit, c'est modifier le sujet de manière à ce qu'il se trouve dans les conditions les plus favorables pour l'épreuve qu'il doit subir, et l'on profitera de tout le temps disponible pour arriver à ce résultat.

Tout le monde sait que le milieu est une considération qui peut être d'une extrême importance. A moins d'urgence, on n'opère pas pendant le règne d'une maladie, surtout si cette maladie est de celles qui peuvent influer sur le sujet d'une manière funeste : pourriture d'hôpital, érysipèle, typhus, etc. Il y a des époques où, sans qu'on en sache la raison, les opérations ne réussissent pas généralement. L'ajournement, toutes les fois qu'il est possible, est alors commandé. Au contraire, si les circonstances du dehors sont moins défavorables pour l'opéré, on ménagera ce bénéfice au malade; et par exemple, tel blessé exigeant des soins interdits à cause de la nécessité de le transporter au loin, à cause de la pénurie des moyens dont on dispose, devra être amputé sur le terrain du combat. Il sera alors plus facile à soigner et, tout débattu, on met les meilleures chances de son côté, en prenant ce parti ailleurs blâmable. Le séjour dans un hôpital est, à conditions égales, une circonstance fâcheuse. Plus le lieu sera salubre, plus le succès sera probable. Mais il n'est pas, il s'en faut, toujours permis de choisir ce lieu, et l'on s'est demandé si le malade entré dans un hôpital pour subir une opération, doit être opéré sur-le-champ ou plus tard. Jusqu'à ce que des expériences comparatives aient positivement résolu ce problème, je conseillerai le dernier parti, surtout s'il s'agit d'une personne habituée à une vie différente. Cette personne, en entrant à l'hôpital pour y séjourner, subit une épreuve d'acclimatement moral et physique, à laquelle il convient de ne pas en ajouter une autre. On rencontre sûrement des constitutions atmosphériques pendant lesquelles les opérations réussissent mieux. Longtemps on a cru que les saisons à température modérée, le printemps principalement, étaient les plus propices. Déjà, les statistiques ont fortement ébranlé cette opinion. Dans ma pensée, la saison la meilleure est la moins variable, et pour ce motif je donne la préférence à l'hiver et à l'été, à moins qu'ils ne soient excessifs. Dans nos pays, les individus opérés pour la cataracte, personne ne l'ignore, tolèrent mal les orages, les écarts atmosphériques brusques; dans les latitudes chaudes, le tétanos est alors particulièrement à redouter chez les blessés.

Les opérations dites de *complaisance* sont loin d'être exemptes de péril. On a l'avantage d'une acceptation complète de la part du sujet, puisque ces opérations doivent être toujours sollicitées par lui, et de plus ne doivent être accordées que lorsqu'elles ne sont pas réputées dangereuses. Toutefois, les précautions indiquées pour réaliser l'opportunité sont toujours de rigueur. L'état de santé de la personne qu'on doit opérer ne la protége pas autant qu'on pourrait le croire. Beaucoup de sujets bien portants sont moins tolérants que certains malades. Parfois la vulnérabilité, que rien n'indiquait, se révèle à l'occasion du traumatisme chirurgical le plus bénin. Les opérations de complaisance dans lesquelles on attaque largement des tissus de formation nouvelle, le tissu cicatriciel par exemple, ont un côté périlleux spécial. L'expérience a prouvé que ces parties étaient plus aptes que les autres à se fluxionner, à s'enflammer d'une façon irrégulière. De là, la nécessité constante de prévoir les accidents et de se tenir en garde contre eux le mieux qu'on le peut, en s'assurant par une préparation convenable du bénéfice de l'opportunité.

CHAPITRE IV.

RÉCEPTIVITÉ DU SYSTÈME VIVANT PAR RAPPORT AUX AGENTS THÉRAPEUTIQUES.

Ce sujet a été ébauché dans le précédent chapitre; je vais le développer en y faisant entrer l'ensemble de tous les agents.

L'agent thérapeutique doit être approprié aux nécessités actuelles de l'organisme, de manière à provoquer la synergie, fonction sans laquelle toute guérison est impossible. Il faut donc que l'agent employé trouve l'organisme en mesure de réaliser l'effet souhaité. Il importe de savoir les conditions nécessaires de part et d'autre pour que cet agent soit convenablement senti.

J'en ai dit assez sur les conditions que doit remplir l'agent. Entrer dans plus de détails serait empiéter sur le domaine des traités spéciaux d'hygiène, de pharmacologie, de chirurgie. Il me reste seulement à parler de la réceptivité, c'est-à-dire du mode selon lequel l'organisme sent et agit en vertu de la provocation artificielle. Je vais donc étudier les états dynamiques morbides

mis en rapport avec les propriétés des agents dont nous disposons. Cette étude est nécessaire pour compléter la notion de l'opportunité.

C'est dans la sphère vitale que se passent les phénomènes de la réceptivité : là, en effet, s'accomplit le résultat définitif. Toutefois, la faculté intelligente et morale peut exercer sur ce résultat une influence qui n'est pas à dédaigner. Un mot sur la réceptivité de l'âme, dans le sens que je viens d'indiquer.

ARTICLE PREMIER. — RÉCEPTIVITÉ MORALE.

Les émotions tristes de l'âme rencontrant des prédispositions fâcheuses sont des causes de maladies, de complications. Elles modifient la réceptivité vitale assez fortement pour empêcher l'organisme de répondre convenablement aux agents thérapeutiques, et alors les effets de ces derniers sont tout autres que ceux qu'on attendait. Les observations de ce genre sont partout. On sait également qu'une bonne situation du moral est une condition heureuse, que nos prescriptions reçues avec foi et confiance sont, tout étant égal d'ailleurs, plus efficaces. La réceptivité morale est donc une donnée importante du problème de l'opportunité. Il me suffit d'indiquer ce sujet bien connu, et que j'ai du reste implicitement traité à propos de l'*étiologie*, lorsque je me suis occupé de la réceptivité morbifique.

ARTICLE II. — RÉCEPTIVITÉ VITALE.

Le mode de réceptivité vitale est le vrai point de départ des phénomènes qui suivent l'emploi d'un agent thérapeutique. L'impressionnabilité doit être étudiée : 1° dans ce qui appartient au sujet ; 2° dans ce qui appartient à la maladie. Je vais, en conséquence, m'occuper successivement de la réceptivité attachée aux qualités propres du sujet, et qui est *permanente, hygide*, et de la réceptivité qui s'établit sous l'influence de la maladie, réceptivité *transitoire* ou *morbide*. Ces réceptivités réunies se modifient mutuellement, n'en font qu'une, d'après laquelle on détermine l'opportunité de l'agent thérapeutique.

§ I. Réceptivité permanente ou hygide.

Cette réceptivité est le produit de l'action combinée de l'hérédité, du climat, du genre de vie, des habitudes. Elle est fixe comme les causes d'où elle vient. Elle peut changer sous l'influence de quelques maladies, mais jamais elle n'est annihilée et tend constamment à se reproduire telle qu'elle était auparavant. Les règles classiques, quant au choix des agents, des préparations et des doses, sont flexibles et doivent être accommodées aux exigences de chaque individu. Le médecin ordinaire a, sous ce rapport, un grand avantage sur celui qui voit le malade pour la première fois. Les différences dont je parle sont d'autant plus accentuées qu'on a affaire à des gens venus de pays lointains. La pratique russe, par exemple, n'est pas, il s'en faut, identique à la nôtre, et l'on se rappelle l'étonnement des médecins français lorsqu'ils virent, en 1814 et 1815, comment les praticiens moscovites traitaient leurs malades. Les soldats russes se trouvaient bien de doses d'eau-de-vie et de médicaments qu'un français n'aurait pu tolérer. Dans les pays froids, la sensibilité est relativement obtuse, et il est de remarque que c'est en Allemagne que Stoerk a essayé pour la première fois, à des doses progressivement considérables, des substances (aconit, ciguë, etc.) qui passaient à bon droit pour être des poisons. Entre la réceptivité d'un habitant des tropiques et celle d'un habitant du voisinage des pôles, la distance est grande. Autant celui-ci est impassible sous l'influence des stimulus, autant l'autre est irritable. La thérapeutique doit tenir compte de ces écarts, qui diminuent à mesure que les populations se rapprochent par leur situation géographique et par leurs mœurs. Il est inutile d'insister là-dessus ; passons à des choses qui nous intéressent directement.

Les saisons, nous l'avons vu, modifient sensiblement les suites d'une opération chirurgicale ; il en est de même pour les agents de l'hygiène et de la pharmacologie. Le régime alimentaire n'est pas exactement le même en hiver et en été. Tel traitement pharmacologique réussit moins bien en hiver qu'au printemps et pendant les chaleurs. Il y a un temps d'élection pour la cure des maladies chroniques, et ce temps opportun est celui des saisons que je viens de nommer en dernier lieu. Le printemps

est favorable au traitement des affections herpétique, scrofuleuse, etc.; l'été convient plutôt à celui du rhumatisme, de la goutte, de la syphilis.

La sensibilité est très-vive pendant les premières périodes de la vie, et en même temps la résistance vitale est faible. Aussi faut-il alors prescrire les agents thérapeutiques à petites doses, sans quoi on s'exposerait à des réactions, à des subactions dangereuses. Dans le très-bas âge, on n'a pas à redouter les complications venant de l'état moral, et, de plus, la faculté plastique qui préside à la guérison des plaies est puissante; cet âge est donc favorable aux opérations chirurgicales. Néanmoins, les considérations suivantes ne doivent pas être méconnues : 1° L'enfant de naissance subit une épreuve à laquelle plusieurs ne résistent pas; il se met en possession d'une vie nouvelle, et ses organes encore imparfaits ont à se consolider, à se compléter. Tant que ce travail dure, les opérations un peu sérieuses sont contre-indiquées. Au bout d'un mois, l'acclimatement est généralement accompli, et l'on peut opérer. Je pense que c'est le temps d'opportunité pour le bec-de-lièvre, par exemple, pour l'amputation de doigts surnuméraires. 2° Telles opérations seraient trop difficiles à cet âge, parce que le chirurgien a besoin de la coopération d'un patient intelligent (la staphyloraphie). Le chiffre des opérations graves exécutées chez les enfants n'est pas considérable, soit parce que les occasions sont relativement rares, soit parce que, de crainte de rencontrer des forces radicales trop peu résistantes, on ajourne les opérations. Je ne connais pas de faits justifiant ces appréhensions. Les suivants tendraient plutôt à les détruire : M. le Dr Bonnefous (de Rodez) a fait chez un enfant d'un mois et demi, et avec succès, la désarticulation coxo-fémorale pour un membre inférieur surnuméraire [1]. M. le professeur Delmas (de Montpellier), en ayant soin d'espacer les séances, a guéri par la lithotritie un enfant de trente-trois mois porteur d'un calcul qui mesurait 35 millimètres [2].

L'adulte est le type auquel s'adressent ces règles générales, qui se trouvent partout.

Le vieillard est apathique et en même temps faible. Il supporte

[1] *Journal de la Société de médecine pratique de Montpellier*, tom. III, pag. 210.

[2] *Ibid.*, tom. II, pag. 468.

généralement bien les médicaments. Mais si l'on dépasse la tolérance, les accidents sont graves. Les évacuations sanguines ne doivent lui être prescrites qu'avec réserve et en cas d'absolue nécessité. Il en est ainsi de l'abstinence complète. Il résiste mal aux opérations, et l'on ne doit pratiquer sur lui que celles qui sont indispensables. Tout changement prononcé dans ses habitudes, dans son genre de vie, lui est mauvais; on ne doit pas l'oublier lorsqu'il s'agit d'un traitement hygiénique.

La femme est mobile, impressionnable à la façon des enfants, mais possède de bonnes forces radicales. Certaines situations physiologiques où elle peut se trouver (menstruation, grossesse, puerpéralité, ménopause), la mettent à l'état d'inopportunité par rapport à beaucoup d'entreprises thérapeutiques.

Tout tempérament excessif constitue une véritable infirmité marquée par des prédispositions morbifiques toujours présentes. En ayant égard à ces prédispositions, on saura ce qu'il faut faire, ce dont il faut s'abstenir.

Quant à l'idiosyncrasie, chaque individu fait sa règle. C'est le chapitre des bizarreries inexplicables que chacun a pu constater en thérapeutique. Si l'on rencontre une de ces bizarreries, on y conformera ses prescriptions.

L'habitude a, selon l'époque, des effets différents. On a l'habitude de tel régime hygiénique, de tel purgatif, de tel antispasmodique, de tel narcotique, etc., qui pendant un certain temps font merveille. Vient un moment où, la sensibilité étant émoussée par rapport au même stimulus, les choses changent. De là, la nécessité d'augmenter les doses, de modifier la préparation, de varier le lieu d'application, de suspendre la médicamentation pour la recommencer ensuite à des doses inférieures. Les habitudes journalières et invétérées ne doivent pas être abandonnées brusquement, alors même qu'elles seraient mauvaises en soi. Il y aurait imprudence à priver de cette manière de leur stimulus habituel les individus adonnés à l'ivrognerie, à l'usage de l'opium, etc., même pendant les maladies qui, par elles-mêmes, contre-indiquent ces sortes de stimulus.

§ II. **Réceptivité transitoire ou morbide.**

La maladie modifie la réceptivité hygide en proportion des changements qu'elle a apportés dans la sensibilité et dans la réac-

tivité. Là où ces facultés sont restées intactes, les stimulus agissent comme pendant la santé, et naturellement on observe le plus grand écart dans les maladies aiguës, où la perturbation sensitive et motrice se trouve à peu près partout. Cette différence de réceptivité est un fait trop vulgaire pour qu'il soit nécessaire d'en donner des preuves ; selon les cas, l'individu malade devient insensible à ce qui auparavant lui était hostile, ou bien il est fâcheusement impressionné par un agent indifférent et même utile. Le thérapeutiste doit être renseigné aussi exactement que possible sur ces éventualités.

I. Tolérances venant de la maladie.

Pour être autorisé à dire qu'il y a tolérance, il faut que l'agent soit employé dans les conditions favorables au développement de ses propriétés. On ne dit pas d'une substance pharmacologique qu'elle est tolérée, lorsque des affinités antagonistes l'ont transformée en un corps inerte. Il n'y a pas davantage tolérance quand, ingéré sous forme solide, pilulaire, le médicament a acquis une dureté assez grande pour résister à l'action désagrégeante des liquides. Dans le premier cas, le médicament n'est plus ; dans le second, il est comme s'il n'existait pas, tant que sa cohésion n'a pas été vaincue au moins en partie.

La tolérance implique une provocation effective exercée par le stimulus, provocation dont les effets appréciables de conflit, si mal nommés effets *physiologiques*, sont empêchés ou atténués, en vertu d'un état particulier de l'organisme.

Parmi ces tolérances, il convient de distinguer celles qui proviennent d'une sensibilité devenue insuffisante par l'habitude, celles qui sont d'origine morbide : anesthésie, stupeur.

Les effets neutralisants de l'habitude, à l'encontre d'agents même très-énergiques, ont été étudiés ailleurs.

Je cite comme exemple d'une insuffisance de sensibilité par maladie, la période algide du choléra, l'état extatique fortement prononcé d'un maniaque, etc. Pendant la durée de cette algidité, de cette extase, les stimulus les plus provocants, mal sentis par les parties, ne sont suivis d'aucun effet. Rien ne manque du côté du stimulus ; c'est l'organe qui est indifférent et dans l'impuissance de réagir. La scène change quand le corps reprend ses facultés engourdies ; les phénomènes de la maladie du remède ap-

paraissent, et sont excessifs si le stimulus n'a pas été employé avec modération.

Évidemment, il ne peut être question ici des effets immédiats produits par les agents physiques. Ces effets, nécessairement les mêmes quelle que soit la réceptivité vitale, sont d'un autre ordre et sortent de mon sujet.

Ces choses étant expliquées, je passe à l'examen d'un genre de tolérance morbide qui doit arrêter mon attention.

Il ne s'agit plus d'une sensibilité également insuffisante à l'égard de tous les stimulus. La tolérance dont je vais parler a lieu pour un seul ou pour une série particulière.

On dit d'un agent thérapeutique qu'il est toléré, lorsqu'il a rencontré la réceptivité et les conditions favorables à la production de ses effets dans l'ordre et le degré voulu. Moins on remarque des phénomènes inutiles ou contraires, plus l'agent convenait à l'état spécial du sujet. Les actes auxquels la vertu bienfaisante est attachée (émétisation, purgation, rubéfaction, vésication, etc.) s'exécutent dans la mesure convenable pour la synergie souhaitée. Tout le monde le sait, ces actes extra-hygides sont la raison d'être d'un grand nombre d'effets thérapeutiques, et, sauf ces derniers, possibles seulement chez le malade, tout le reste peut être semblable sur le bien portant.

Les cas sont fréquents où il n'est pas du tout utile, où il pourrait être dangereux de provoquer chez le malade les phénomènes qui se présentent chez l'homme sain. C'est à un autre genre d'impression qu'est dû l'effet thérapeutique, et la mutation de conflit est différente.

Je veux parler des agents capables de susciter, selon les circonstances du sujet, selon le mode de préparation, d'administration, des actes de plusieurs sortes, parmi lesquels on choisit, on fait naître celui qui convient, et on éloigne les autres. Il n'y a pas tolérance si ce but n'est pas atteint. Ainsi, pour citer un exemple sur lequel j'aurai à revenir, le tartre stibié prescrit comme contre-stimulant n'est pas toléré, s'il détermine des vomissements.

Une émétisation, une purgation, etc., ne laissent rien à désirer en elles-mêmes, évoluent bien, et cependant il peut n'y avoir aucun effet thérapeutique. D'un autre côté, on voit des guérisons survenir à la suite de maladies du remède très-orageuses ; cette

fois le médicament a rencontré juste pour la partie essentielle, à savoir : la réceptivité, la disposition interne favorables. Grâce à cette circonstance capitale et à une heureuse situation des forces, le malade guérit, malgré les accidents. Il est possible, d'ailleurs, qu'un grand effort ayant été nécessaire pour accomplir l'œuvre médicatrice, il n'y ait eu hostilité que dans l'apparence. Toutefois, les guérisons obtenues par des procédés pacifiques sont les meilleures, et on doit autant que possible les ménager au sujet.

Beaucoup de médicaments ont peu ou point de maladie du remède, et n'en sont pas moins efficaces. La belladone peut dissiper une névralgie sans provoquer même la dilatation de la pupille ; l'opium peut, sans le moindre symptôme de narcotisme, mettre fin à un grand trouble nerveux, etc. Les doses de ces médicaments ont pourtant été considérables ; données à un sujet sain ou autrement malade, elles auraient certainement été suivies d'effets toxiques.

Pour qu'il y ait une semblable tolérance, il faut que la maladie pour laquelle la belladone, l'opium, etc., ont été administrés, ait profondément modifié la réceptivité du sujet. Au rapport de P. Frank, un prisonnier qui était dans l'imminence d'un accès de fièvre quarte, voulut s'empoisonner avec une forte dose d'opium; non-seulement il n'y parvint pas, mais aucun symptôme de narcotisme n'apparut. Il recommença plus tard avec la même quantité, et cette fois il mourut, parce qu'il se retrouvait dans les conditions communes. Je me rappelle, entre autres, une jeune femme à qui je prescrivis, pour une attaque de rhumatisme nerveux, 45 centigrammes d'extrait gommeux d'opium à prendre à doses pressées. La seule conséquence appréciable de cette médicamentation fut une guérison rapide et complète.

Tous les praticiens sont témoins de faits analogues ; ces faits ne paraissent pas étranges, quand on se rappelle les grands changements que la maladie introduit dans la sensibilité, changements à la suite desquels il s'établit entre telle maladie et tel médicament une appropriation intime, secrète, permettant à ce dernier d'agir efficacement par un procédé entièrement caché et conséquemment sans symptômes. A ce qu'il semble, la vertu de l'agent thérapeutique s'emploie tout entière à combattre cet autre inconnu qui est la cause dynamique, l'état morbide. L'apparition de la maladie du remède annonce que les limites de la tolérance ont

été dépassées; que, par excès de médicamentation, l'accord entre le moyen et le but n'est plus aussi complet.

Une fois la guérison obtenue, la réceptivité retourne à l'état normal, et les intolérances propres à cet état reparaissent. La même saignée qui soulage et fortifie un sujet atteint d'une affection inflammatoire, affaiblit un bien portant et est surtout funeste si l'affection est de nature asthénique. Au contraire, l'individu malade par asthénie tolère très-bien un traitement excitant, qui ailleurs serait incendiaire. D'après cela, les questions de tolérance et d'indication sont étroitement unies, et je puis poser comme règle que l'agent thérapeutique indiqué est celui qui a les meilleures chances d'être toléré.

Pour bien remplir une indication, il faut obtenir la tolérance, c'est-à-dire supprimer la maladie du remède, lorsque l'expérience a prouvé que l'effet thérapeutique peut être obtenu pacifiquement par un mécanisme mystérieux, et, dans les cas différents, il faut réduire cette maladie du remède au strict nécessaire. Efforçons-nous donc de bien connaître la tolérance, afin d'en assurer le bénéfice à nos malades; le succès des traitements est à ce prix.

On a une idée incomplète de la tolérance, si l'on pense que celle-ci consiste uniquement dans l'absence de toute réaction nuisible. Sans doute beaucoup d'intolérances s'expriment par des scènes réactives ; mais il y a aussi des intolérances par subaction, et qui sont autant funestes que les autres. L'affaiblissement, suite d'une évacuation sanguine non indiquée, d'une alimentation trop restreinte, d'une opération chirurgicale au-dessus des forces du sujet, etc., a certainement pour cause un défaut de tolérance provenant d'une réceptivité discordante ; or, ainsi que je l'ai dit, la tolérance suppose entre la maladie et le remède une harmonie telle que l'agent doit passer inaperçu, ou ne provoquer que les actes morbides indispensables à l'effet thérapeutique ; tout ce qui est en dehors, réaction ou subaction, est intolérance.

On se rend compte de la tolérance quand, d'une part la nature de la maladie, les qualités du sujet, et de l'autre les propriétés de l'agent, sont suffisamment connues. On comprend sans peine pourquoi, dans une maladie inflammatoire avec pléthore, les évacuations sanguines sont bien supportées, pourquoi les toniques ont de bons effets dans les maladies par faiblesse, etc. L'état actuel de la science permet moins de dire le pourquoi de la tolé-

rance du système à l'égard des antimoniaux prescrits comme antiphlogistiques directs, le pourquoi de la tolérance qui suit fréquemment l'emploi du sulfate de quinine donné comme fébrifuge, etc. Nous ne pouvons faire que des hypothèses, tant que nous ne saurons pas mieux le mode d'action développé par ces médicaments dans les circonstances susdites ; il convient donc d'admettre des tolérances rationnelles que la théorie explique, et des tolérances empiriques que rien ne faisait prévoir *à priori* et qu'on n'a connues que par l'expérience.

Certaines tolérances sont un fait symptomatique de la maladie et servent au diagnostic de cette maladie. C'est ainsi qu'une femme hystérique prend avec plaisir et impunément des substances qui, dans toute autre condition, seraient dégoûtantes et incommodes. Je me contente de signaler ce fait, qui se rattache à l'histoire de la tolérance considérée en général ; il s'agit ici exclusivement de la tolérance au point de vue thérapeutique.

Pour obtenir la tolérance thérapeutique, il ne suffit pas de prescrire l'agent indiqué, il faut que cet agent soit préparé, appliqué de telle manière. L'étude que je vais faire de la tolérance, dans les maladies locales et dans les maladies générales, fera connaître les conditions à remplir, les règles pratiques.

Dans les maladies locales, la réceptivité des parties qui en sont le siége est seule changée. Il n'en est pas ainsi de toutes les maladies générales.

D'ordinaire, les maladies chroniques générales laissent entière la réceptivité hygide d'un grand nombre d'organes; dans les maladies aiguës, elle est presque partout et plus ou moins remplacée par une réceptivité différente. Jusqu'à quel degré la réceptivité nouvelle est-elle parvenue, et comment se comportera-t-elle à l'encontre des agents thérapeutiques? Ce sont là des questions importantes qu'il faut résoudre avant toute prescription.

Une maladie aiguë de l'ensemble donne aux parties atteintes par elle une réceptivité dans le sens de l'accroissement ou de l'abaissement de la sensibilité, selon les prédispositions qu'elle a fait naître ou qu'elle a renforcées ; naturellement, l'excitabilité normale diminue dans les maladies franchement asthéniques, augmente dans les maladies sthéniques. Pendant la durée d'une fièvre aiguë, l'estomac, comme l'ensemble, supporte avec avantage une abstinence qui, dans toute autre circonstance, serait

suivie de résultats fâcheux. C'est encore parce qu'il s'est mis à l'unisson de l'ensemble que, dans une maladie où le ton vital est abaissé, il tolère des excitants hygiéniques et pharmaceutiques qui seraient nuisibles pendant la santé. Je connais une dame qui, tant qu'elle se porte bien, n'aime pas le vin et en est incommodée, même à doses modérées et trempé. La plupart de ses maladies transforment cette répugnance en un goût très-prononcé, et le vin figure alors parmi les choses qui lui font le plus de bien.

Quand les réceptivités locale, générale, sont en harmonie, la tâche du praticien est aisée ; mais fréquemment il n'en est pas ainsi. L'organe de réception tolère bien l'agent thérapeutique, tandis que l'ensemble ne le tolère pas ; celui-ci se révolte à l'encontre des produits d'une digestion irréprochable, ou d'un médicament pacifiquement absorbé. D'un autre côté, telle substance qui, parvenue dans les secondes voies, serait tolérée et même utile, trouve dans l'organe d'introduction des réactions malencontreuses. L'ensemble affaibli réclame une alimentation substantielle, une médicamentation corroborante ; mais l'irritabilité de l'estomac s'oppose à l'emploi des moyens nécessaires ; les cas où il y a en même temps faiblesse générale et éréthisme local ne sont pas rares dans la pratique et embarrassent beaucoup. La première condition est donc que la tolérance locale soit obtenue.

Les moyens sont divers pour y parvenir. Celui qui, le premier, se présente à l'esprit, est de changer la surface d'introduction, d'application ; à défaut d'un estomac suffisamment tolérant, on fait absorber l'agent thérapeutique par un autre organe. Tous les organes absorbent en effet plus ou moins ; et comme il y a des circonstances où telle surface doit être employée de préférence aux autres, en exagérant la portée de ces cas particuliers on arrive à penser que l'on peut substituer à l'estomac la muqueuse du gros intestin, la muqueuse aérienne et même celle qui tapisse les fosses nasales. Le même privilége a été accordé à la peau saine ou dépouillée de son épiderme ; depuis quelque temps on emploie les injections hypodermiques, pour faire pénétrer dans l'organisme des substances solubles et très-actives sous un petit volume. Ces procédés ont leurs indications propres que je ne méconnais pas ; toutefois, par sa tolérance habituelle, par ses sympathies nombreuses et puissantes, par l'énergie de sa faculté d'absorption,

l'estomac est l'organe généralement préféré; souvent même son concours est indispensable au succès de la médicamentation. Que faire pour le rendre tolérant quand il ne l'est pas?

Les intolérances attachées à la maladie elle-même ou à une complication, exigent, il suffit de le dire, un traitement approprié à la nature de cette maladie, de cette complication.

Je suppose le cas d'un estomac jugé irritable, mais néanmoins capable encore de recevoir, moyennant certaines précautions relatives au médicament. Alors on diminue les doses, on les espace, on choisit la préparation la moins hostile au contact, on use de l'artifice des correctifs : par l'addition du lait, d'un liquide émollient, etc., on obtient la tolérance pour un agent trop irritant; en ajoutant dans la formule un narcotique, un aromate, on prévient le rejet par le vomissement d'une substance qui pourrait agir comme émétique. L'assuétude, quand on peut sans inconvénient sérieux répéter les essais, est une excellente condition; tel agent est hostile dans sa nouveauté, plus tard la sensibilité s'émousse en ce qui le concerne, et la tolérance s'établit.

On a remarqué que dans certaines phlegmasies, la péripneumonie surtout, l'estomac résistait plus facilement qu'ailleurs à l'action émétique des antimoniaux, de l'ipécacuanha. Cette tolérance ne s'établit pas toujours d'emblée; on y aide en prescrivant de grandes doses associées avec des substances aromatiques, au besoin avec des narcotiques, en insistant sur la médicamentation pour avoir le bénéfice de l'assuétude. Presque toujours on parvient à modifier la sensibilité de l'estomac, de manière à le transformer en une surface pacifiquement absorbante.

Ç'a été un spectacle singulier pour les praticiens qui en ont été les premiers témoins, que de voir un malade prenant impunément, avec avantage, des quantités considérables de tartre stibié, et pouvant même conserver alors ses facultés digestives à peu près intactes. La tolérance ainsi acquise persiste parfois après la disparition de la maladie; plus souvent elle cesse, et le retour de l'intolérance normale est un des signes de la proximité de la guérison. Pour si grande que soit la part qui revient au mode d'administration, il me semble incontestable que l'état spécial de l'ensemble favorise de pareils effets. Ce n'est pas l'estomac seul, mais l'organisme entier, qui a perdu la faculté de réagir, grâce à

l'impassibilité de l'appareil digestif. On a pourtant noté que les surfaces de transit, bouche, pharynx, ne sont pas toujours tolérantes; elles s'irritent au contact du tartre stibié, surtout quand celui-ci est longtemps continué, et il survient une stomatite pseudo-membraneuse qui contraint le praticien, si l'indication persiste, à administrer le médicament sous forme pilulaire.

Ce que je viens de dire suffit pour faire comprendre les deux tolérances locale, générale. Elles doivent exister simultanément; l'une manquant, non-seulement le but thérapeutique n'est pas atteint, mais on ajoute au mal, en faisant naître de fâcheuses complications. Je continuerai et compléterai mon sujet en parlant des intolérances.

§ III. **Intolérances.**

Ce sujet ayant été implicitement traité dans les pages qui précèdent, quelques explications sommaires doivent suffire.

Élaguons les intolérances provenant d'une substance toute autre que celle qu'on a cru donner; exemple: le protochlorure de mercure, qui, mêlé dans une formule avec un chlorure, est transformé en bichlorure, etc. Je suppose que tout s'est passé convenablement du côté de la préparation, du mode d'administrer, et que, malgré ces précautions, l'agent thérapeutique, senti plus fortement ou autrement qu'on ne le pensait, a provoqué des scènes morbides fâcheuses.

Les intolérances de ce genre à symptômes modérés, peu durables, ne nuisent pas sensiblement à l'effet thérapeutique; elles constituent un léger mal dont le sujet triomphe sans peine, et qui ne laisse bientôt aucune trace. Un émétique, un purgatif, la belladone, le sulfate de quinine, etc., sont efficaces, bien que la maladie du remède ait pris des proportions un peu plus prononcées qu'à l'ordinaire. Tant que cette maladie ne dépasse pas certaines limites, il n'y pas lieu de s'en préoccuper; il suffit, au besoin, de diminuer les doses ou de suspendre un temps le médicament. Cette intolérance avertit le médecin que la saturation est arrivée et qu'il est temps de s'arrêter, sinon de reculer. Les praticiens qui redoutent outre mesure la maladie du remède s'exposent à rester en deçà du nécessaire, et manquent de la hardiesse permise. Il importe conséquemment de distinguer les intolérances à peu près normales qui incommodent le sujet, sans lui nuire, de

celles plus accentuées qui sont dues à une réceptivité décidément toute autre que celle sur laquelle on comptait.

Je rappelle avec intention que l'intolérance ne s'exprime pas seulement par l'excitation, par la fièvre, par la réaction. Un agent thérapeutique est intoléré toutes les fois qu'il donne lieu à des scènes morbides contraires à la synergie médicatrice. L'adynamie succédant à une saignée contre-indiquée, la rétrogradation du travail de réunion d'une plaie, par suite de l'emploi intempestif des applications relâchantes, sont aussi bien des cas d'intolérance que l'irritation, la phlogose, la fièvre.

Afin de prévenir une intolérance quelconque, il faut savoir les prédispositions locales et générales, apprécier les modifications introduites par la maladie dans la réceptivité hygide. Il y a des intolérances qui se rattachent à une cause permanente et antérieure à la maladie, à savoir : la constitution propre du sujet. C'est ainsi que, tout égal d'ailleurs, un enfant de naissance, un vieillard décrépit, tolèrent difficilement les agents énergiques de débilitation; au contraire, l'intolérance d'un fébricitant soumis à un traitement excitant dans les premiers jours de la maladie, quand l'éréthisme est encore prononcé, vient d'une réceptivité nouvelle que la maladie a faite.

La complication est une source féconde d'intolérances ; le quinquina, qui convient parfaitement dans un cas de fièvre d'accès simple, est hostile lorsque cette fièvre est associée avec l'élément inflammatoire, l'élément bilieux. Traiter d'abord la complication, est le meilleur moyen de faire tolérer le médicament.

Il faut donc prévoir les intolérances d'après ce qui reste des prédispositions antérieures et d'après ce qui, dans ces prédispositions, a été changé par la maladie. Cette prévision n'est pas toujours possible, et l'on observe des intolérances que l'expérience seule fait connaître et qui sont inexplicables.

A certaines époques, les blessés, les opérés, contractent des érysipèles qui ne sont annoncés par rien d'appréciable dans le sujet et dans son milieu. D'autres fois cette intolérance se manifeste avec plus de gravité ; les opérés meurent, pour la plupart, sous le coup de phlegmasies diffuses ou d'autres accidents marqués au cachet de l'adynamie et de l'ataxie. D'ordinaire, la cause de ces intolérances est inconnue. En quoi consiste une déviation aussi malheureuse de la réceptivité des sujets opérés ? comment la pré-

voir, l'empêcher? Nul, le plus souvent, ne saurait le dire. On apprend la chose par la fréquente répétition en peu de temps des mêmes insuccès. La seule conduite à tenir est l'abstention de toute opération qui peut s'ajourner.

Il y a pareillement des époques pendant lesquelles certains médicaments ne sont pas tolérés comme ils le sont habituellement : un remarquable fait de ce genre a été observé par MM. Trousseau et Pidoux [1]. Dans l'année 1831, les antimoniaux prescrits à haute dose contre la péripneumonie étaient à peu près impossibles; on ne pouvait dépasser 1 gramme par jour pour l'oxyde blanc d'antimoine, substance pourtant inoffensive. Au-dessus de 3 à 5 décigrammes, le kermès provoquait des orages tels qu'il fallut y renoncer. Quant au tartre stibié, on ne pouvait le prescrire malgré toutes les précautions, tant il était hostile.

Plus tard, tout cela était complètement changé. Dès le premier jour et d'emblée, on donnait 16 grammes d'oxyde blanc d'antimoine, 2 à 3 grammes de kermès, 1 gramme de tartre stibié, sans qu'il fût nécessaire de recourir à l'opium.

C'étaient pourtant les mêmes agents pharmacologiques, les mêmes péripneumonies, autant qu'on pouvait s'y connaître ; mais certainement les sujets n'avaient plus la même réceptivité. Était-ce un effet de la constitution médicale régnante? cela est probable. Quelle était cette constitution? rien de particulier dans le milieu ne suggérait une réponse satisfaisante.

On ne sait pas davantage la cause des intolérances idiosyncrasiques, témoignant l'antipathie vitale d'un individu par rapport aux plus petites quantités d'opium, de bichlorure de mercure, etc., et même à l'égard d'une substance fort innocente. Tout le monde sait que, sur certaines personnes, le fromage agit à la façon d'un poison. J'ai longuement connu un sujet qui éprouvait une violente indigestion toutes les fois qu'il prenait du riz. Les circonstances d'un fait aussi étrange ont été étudiées avec soin, et, toute méprise étant impossible, la personne a dû renoncer à l'emploi de cet aliment, après quoi les accidents ne sont plus revenus.

Tous les chirurgiens occupés ont rencontré des individus chez qui, en tout temps, l'opération la moins offensive a provoqué

[1] *Traité de thérapeutique et de matière médicale* de MM. Trousseau et Pidoux, tom. II, pag. 513, première édition.

des accidents parfois très-graves. Ces cas, désignés par le nom générique de *vulnérabilité*, ne sont pas rares pour les yeux. A moins d'une expérience déjà faite, l'opérateur le plus habile ne peut les prévoir ; ce sont autant d'intolérances indiosyncrasiques inexplicables.

Il suffit de rappeler qu'il y a des intolérances locales en qui réside le seul obstacle à la tolérance générale, comme aussi des intolérances générales, précédées de tolérance locale. J'ai dit plus haut la conduite à tenir dans l'un et l'autre de ces cas.

Il sera maintenant plus facile de faire l'étude synthétique de la réceptivité hygide et de la réceptivité morbide au point de vue des indications.

CHAPITRE V.

ÉTUDE SYNTHÉTIQUE DES RÉCEPTIVITÉS HYGIDE ET MORBIDE AU POINT DE VUE DES INDICATIONS.

La réceptivité actuelle est la résultante de la réceptivité hygide et de la réceptivité morbide modifiées l'une par l'autre. Il faut donc apprécier comparativement l'apport de chacune pour trouver l'indication.

Quand la maladie est simple et marche vers un dénoûment heureux, il y a lieu seulement de se préoccuper de ce que la réceptivité propre à l'état habituel de santé du sujet peut laisser à désirer. De là viennent, en effet, les obstacles que la maladie pourra rencontrer dans son évolution bienfaisante. Si donc quelque chose pèche dans les prédispositions normales, prenons nos précautions en conséquence. Le sujet est-il d'un tempérament sanguin, nerveux, etc., prononcé; a-t-il une constitution faible, on emploiera les moyens appropriés à celui de ces états qui peut devenir cause de complications. L'indication principale, ici toute de prévoyance, est suggérée par la réceptivité hygide : on veut empêcher le sujet de tomber du côté par où la forme spéciale de sa santé le fait pencher.

L'indication tirée de la réceptivité morbide sera au contraire prédominante lorsque, ce qui n'est pas rare, la marche des phénomènes est mauvaise en tout ou en partie, soit parce que la maladie est grave par elle-même, soit parce qu'une complication du genre de celles dont je viens de parler est survenue.

Alors les indications essentielles sont fournies par la maladie : conséquemment c'est aux exigences de la réceptivité morbide qu'il convient de donner satisfaction. S'agit-il, par exemple, d'une phlegmasie simple, celle-ci suggère un traitement antiphlogistique. Le choix du moyen, le degré de son énergie, le mode d'administration, seront réglés d'après les indications spéciales venant de l'âge, du tempérament, de la constitution. La nature de la maladie dicte le fond du traitement, les prédispositions natives ou acquises en décident la forme. Dans tous les cas, il importe de songer aux forces, et de laisser au sujet celles qui lui sont nécessaires pour sortir victorieux de l'épreuve qu'il subit. Quand la phlegmasie est modérée et la constitution bonne, un traitement hygiénique suffit.

Ce sont là des appréciations parfois fort délicates, et aucun détail n'est à dédaigner. Tirer trop de sang, ne pas en tirer assez, sont des fautes qui peuvent avoir des conséquences sérieuses. Dans le premier cas, on s'expose à porter un coup fatal aux forces; dans le second, on a, par excès de prudence, manqué le moment opportun pour arrêter l'extension de la phlegmasie, pour la maintenir dans des limites convenables.

Les contre-indications qui viennent du tempérament n'ont pas la valeur de celles qui viennent de la constitution. Les premières peuvent être laissées provisoirement de côté, quand la maladie parle haut : ainsi, une phlegmasie véhémente réclamera la phlébotomie même sur un sujet d'un tempérament lymphatique, d'un tempérament nerveux; seulement cette saignée sera, dans l'espèce, faite avec modération. A-t-on tiré un peu trop de sang, la convalescence pourra être laborieuse; peut-être aussi le sujet, une fois guéri, ressentira plus qu'auparavant les inconvénients de son lymphatisme, de son nervosisme habituels; toutefois, ce mal est réparable avec un régime approprié et assez longtemps soutenu. La phlébotomie, au contraire, est absolument interdite quand la constitution est très-affaiblie. Toute atteinte un peu grave portée aux forces radicales est dangereuse pour le présent ou pour l'avenir, et, le mal étant fait, il est difficile d'y porter remède.

L'embarras du praticien est d'autant plus grand que les indications de la maladie sont différentes de celles du sujet. On s'efforce alors de tourner la difficulté en choisissant parmi les remèdes dont on dispose celui qui a le moins d'inconvénients. Par exem-

ple, juge-t-on qu'un individu atteint de péripneumonie n'est pas assez fort pour tolérer la phlébotomie, on prescrit les sangsues. Toute évacuation de sang paraît-elle impossible, on a recours aux antimoniaux. Pense-t-on que ceux-ci exerceront une action trop asthénisante, on se décide pour l'ipécacuanha. Si la faiblesse du sujet est l'indication prédominante, on n'hésitera pas à employer une médicamentation tonique, excitante. Cette dernière pratique a toujours été admise par les médecins qui savent apprécier comparativement les deux sortes d'indications dont je parle ; aussi ne sont-ils pas surpris des succès obtenus aujourd'hui par l'alcool contre les péripneumonies des sujets débilités.

Certaines situations de la vie de la femme modifient notablement la réceptivité en temps de maladie et s'opposent, à moins d'urgence, à telles entreprises thérapeutiques. Les règles, la grossesse, l'état puerpéral, ont leurs contre-indications propres ; le praticien les pose en regard des indications fournies par la maladie, et, après conclusion motivée, variable selon les circonstances, il passe outre, ajourne ou s'abstient. Une femme, pendant la menstruation, est atteinte d'une maladie bilieuse gastrique qui réclame un émétique ; mais cet émétique peut provoquer des accidents nerveux, par suite d'une prédisposition augmentée par le travail menstruel; l'émétique peut surtout transformer l'hémorrhagie hygide en ménorrhagie. Après avoir pesé le pour et le contre, on adopte le parti qui, dans l'espèce, doit procurer le plus grand bien. Quand l'indication de l'émétique est pressante, la présence des règles n'est donc pas un motif suffisant d'abstention.

Un médecin du siècle dernier, Raymond (de Marseille), a soutenu que la constitution des peuples variait périodiquement, perdant ou acquérant de la vigueur ; c'est ce qu'il appelait le *mode fort* et le *mode mou*. D'après lui, nous l'avons vu, ces modes se remplaçaient l'un l'autre à chaque période de dix-neuf ans. La preuve expérimentale manque à cette proposition, qui est considérée maintenant comme une hypothèse non vérifiée. Il est seulement démontré que, sous l'influence d'un milieu atmosphérique longtemps prédominant, d'un même régime de vie, etc., la vigueur d'un peuple décroît ou augmente. Il me semble résulter de la masse des observations faites depuis plusieurs années, que les forces radicales ne sont pas aujourd'hui florissantes. Nous vivrions

sous un régime *mou*, si l'on veut conserver le langage de Raymond; car la tendance à la faiblesse, à l'adynamie, chez beaucoup de nos malades contemporains, est incontestable et très-remarquée. Quelques médecins attribuent cette tendance à la cause mystérieuse qui a amené et qui maintient le choléra en France; l'hygiène de notre temps, si mauvaise dans tant de parties, me semble être une explication plus plausible. Quoi qu'il en soit, nous sommes bien loin des errements broussaisiens, et peu à peu, par la force de l'expérience, on est venu à moins redouter l'alimentation, les toniques, les excitants, dans le traitement des maladies. Il y a longtemps, alors que cette appréhension excessive était à peu près générale, j'en signalais à mes élèves les conséquences fâcheuses, surtout en chirurgie, et je me réjouis en voyant que les traitements sthéniques ont pris faveur là même où ils étaient naguère à peu près partout proscrits comme incendiaires. L'essentiel est qu'on ne tombe pas d'une exagération dans une autre.

Il y aurait donc, dans le genre de santé de la plupart des contemporains, une défectuosité dont le thérapeutiste doit se préoccuper, parce qu'elle donne la clé de beaucoup de tolérances et d'intolérances observées aujourd'hui.

Ceci est un exemple de plus, prouvant la nécessité d'accorder à la réceptivité l'importance qu'elle mérite. N'oublions pas que, pour connaître cette réceptivité, il faut, au préalable, étudier séparément la maladie et le sujet. Par cette analyse artificielle on n'obtient que les éléments de l'indication; puis vient l'appréciation comparative, et enfin l'unification, la synthèse, qui font connaître les besoins actuels de l'individu et l'indication vraie. Le malade est en effet la seule réalité sur laquelle on opère; le reste est abstraction, mais abstraction nécessaire pour la solution des difficultés du problème thérapeutique.

FIN.

TABLE ALPHABÉTIQUE DES MATIÈRES

FIN DE LA TABLE ALPHABÉTIQUE.

